Rok XLVI. Kraków, dnia 13 kwietnia 1907. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O minimalnych wahaniach w trwaniu poszczególnych fal tętna w stanach prawidłowych i patologicznych.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Pracując nad współczynnikiem szybkości tętna[1]), musiałem przeprowadzać cały szereg pomiarów poszczególnych fal tętna, zdjętych w szybkiem tempie tętnopisu Jaqueta u zdrowych i chorych. Otóż natknąłem się odrazu na fakt, że tętna, które przy badaniu palcem, a nawet po zdjęciu ich zapomocą tętnopisu wydają się zupełnie miarowemi, przy dokładnem zmierzeniu ich poszczególnych fal na krzywej, uzyskanej przy puszczeniu tętnopisu Jaqueta w szybkiem tempie, okazują stale wahania w trwaniu poszczególnych fal. Aczkolwiek rzecz ta znaczenia praktycznego, zdaje się, nie posiada, to jednak jest ciekawym przyczynkiem do ogólnej zasady teoretycznej, iż w naturze niema takich zaburzeń chorobowych, któreby nie miały swego pierwowzoru w stanach fizyologicznych. Dlatego zająłem się tem zjawiskiem nieco dokładniej. Zmierzyłem poszczególne fale na krzywych, zdjętych tętnopisem Jaqueta przy szybszem jego tempie, sprawdzając dla uniknięcia błędów, wszystkie przedziałki siecznej czasu, oznaczanego przez zegar przyrządu na papierze jednocześnie z krzywą tętna, i wybierając do pomiarów poszczególnych fal tętna tylko te krzywe, na których wszystkie sieczne na całym przebiegu papieru, puszczonego w szybkiem tempie, były jednakowe, a mianowicie wynosiły zupełnie dokładnie po 10 milimetrów. W ten sposób zbadałem krzywe tętna 76 osób, mierząc na każdej krzywej bardzo dokładnie od 5 do 10 (zazwyczaj 8) poszczególnych fal. Dalej pomiarów swoich nie mnożyłem, gdyż już po zmierzeniu tętna pierwszych 30 osobników wszystkie otrzymywane następnie wyniki się powtarzały.

Ponieważ, jak wiadomo każde 10 milimetrów siecznej czasu w tętnopisie Jacqueta, puszczonym w szybkiem tempie, odpowiada 0·2″, czyli 1 mm. odpowiada 0·2″, przeto, mnożąc otrzymaną przy pomiarach liczbę milimetrów przez 2, mogłem oznaczyć czas trwania poszczególnych fal tętna w setnych częściach sekundy. Zebrany z każdego przypadku materyał układałem dla dokładniejszego rozpatrzenia się w nim, podług wzorów, z których jeden przytaczam dla przykładu:

Tablica I.

Data	Nazwisko i rozpoznanie	Wiek	C	Tętno	Ciśnienie krwi			Kolej fali	TAP	TDP	TP		Max.	Min.	Średnia	Wahania
					Max.	Min.	PD									
15. I. 1907	Dr Józef X. zdrów	27	36·3°	74	129	104	25	1	6	79·5	85·5	TAP	6·5	5	5·5	1·5
								2	5	83	88	TDP	83	75	79·5	8
								3	6	83	89	TP	89	80·5	85·5	8·5
								4	6·5	76·5	85					
								5	5·5	80·5	86					
								6	5	81	86					
								7	5·5	77·5	83					
								8	5·5	75	80·5					

Jak widać z tego przykładu, mierzyłem oddzielnie czas trwania całej fali (TP), oraz czas trwania jej części wstępującej (TAP) i zstępującej (TDP). Całego zebranego materyału (z górą 2,600 liczb), który zająłby kilkanaście stronic druku, nie przytaczam. Natomiast podaję tu otrzymane zapomocą takich zestawień wnioski co do granic maksymalnych wahań w trwaniu poszczególnych fal tętna u osób zdrowych i chorych.

1) U 16 osób zdrowych w wieku od lat 18 do 33 (tylko jedna 40-letnia) o tętnie prawidłowem, pozornie zupełnie miarowem, znalazłem następujące wahania, wyrażone w setnych częściach sekundy, ułożone tu dla łatwiejszego przeglądu w miarę wzrastania ich TP.

[1]) Patrz »Gaz. lek.« 1907. Nr 8—10.

Tablica II.

L. p. przypadku	TAP	TDP	TP
1	1	2	2,5
2	1·5	4·5	5·5
3	2	4·5	5·5
4	1·5	6	6
5	0·5	7	6·5
6	1·5	7	7·0
7	0·5	7·5	7
8	1	8·0	8·5
9	3	8·5	8
10	1	12	12
11	1	12	12·5
12	2·5	12	12·5
13	1·5	16	14·5
14	1·5	15	16
15	1·5	17	16·5
16	2	17	17
Granice wahań maksymalnych	0·5—3	2—17	2·5—17

Z tego zestawienia wynika, że u osób zupełnie zdrowych, u których tętno (podobnie, jak we wszystkich następnych grupach) było zdejmowane w leżącem położeniu ciała, wahania w czasie wznoszenia się fali tętna (TAP) wynosiły od 0·005″ do 0·03″; wahania w czasie opadania fali (TDP) wynosiły od 0·02″ do 0·17″; wahania zaś w czasie trwania całkowitych poszczególnych fal tętna (TP) wynosiły od 0·025″ do 0·17″. Fakt, że w powyższej tablicy (II) liczby, oznaczające największe wahania w TP, nie stanowią nigdy sumy najwyższych wahań w TAP i w TDP, zależy od tej okoliczności, że często w poszczególnych falach wahania w TAP i w TDP idą w przeciwnych kierunkach tak, że się przy obliczeniu TP poszczególnej fali równoważą. Przy dokładnem rozpatrzeniu poszczególnych liczb u 16 badanych tej grupy osobników nie można się dopatrzeć żadnej prawidłowości stosunku pomiędzy granicami wahań w TAP, TDP i TP, a wiekiem, średnią liczbą uderzeń tętna na minutę, ciepłotą, ciśnieniem skurczowem lub rozkurczowem krwi, oraz ciśnieniem tętna (PD). Muszą tu oczywiście grać rolę jakieś wpływy nerwowe, dla nas nieuchwytne, (być może dotyczące wahań w oddechu), dostateczne jednak do wywołania wahań w czasie trwania poszczególnych fal tętna, wzgl. ich części wstępujących i zstępujących.

2) Zestawiając podobne dane, zebrane u 5 chorych z tętnem prawidłowem, zarówno przy badaniu palcem, jak i na krzywej sfigmograficznej, pod względem ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, oraz ciśnienia tętna, otrzymujemy, co następuje:

Tablica III.

L. p. i rozpoznanie:	TAP	TDP	TP
1. Post intoxic. saturninam	1	2	2·5
2. Polyarthritis	1	7	7·5
3. Neuralgia intercostalis	1	8	8·5
4. Reconvalescentia	2,5	13,5	15
5. Post pneumoniam	4	16	17·5
Granice wahań maksymalnych	1—4	2—16	2·5—17·5

3) U 11 osób z tętnem rozluźnionem, t. zw, miękkiem i poddwubitnem (hypodikrotycznem) otrzymaliśmy następujące dane:

a) u chorych nie gorączkujących:

Tablica IV.

L. p. i rozpoznanie:	TAP	TDP	TP
1. Decursus ileotyph.	2·5	4	4·5
2. Tuberculosis pulmonum et ossium	1	4	5
3. Lymphadenitis tuberculosa	1	5·5	6·5
4. Rheumatismus articulorum	1·5	8	7
5. Insufficientia valv. mitralis	3	7	8·5
Granice wahań maksymalnych	1—3	4—8	4·5—8·5

b) u chorych z takiem samem tętnem, ale gorączkujących:

Tablica V.

L. p. i rozpoznanie:	Ciepł.	TAP	TDP	TP
1. Pneumonia crouposa duplex	39·6°	1	2	2
2. Tuberculosis pulmonum	38·4	1	3	2
3. Pneumonia crouposa sin.	39·0	1·5	2·5	2·5
4. Pneumonia crouposa dex.	38·6	1,5	3	3
5. Pneumothorax sin.	39·4	2	4	3·5
6. Intoxicatio CO	38	1·2	3·4	4·5
Granice wahań maksymalnych		1—2	2—4	2—4·5

4) U osób chorych gorączkujących z tętnem nadwubitnem zebrałem liczby następujące:

Tablica VI.

L. p. i rozpoznanie:	Ciepł.	TAP	TDP	TP
1. Typhus abdominalis	39·4°	0·5	2	2
2. Tuberculosis pulmonum	38·8	1	2·5	2·5
3. » »	38·5	1·1	2	3·1
4. » »	37·4	0·5	3·5	4
5. Insufficientia valv. mitr.	38·6	1	6	5
6. Tuberculosis pulmonum	38·6	1·5	9·5	9
Granice wahań maksymalnych		0·5—1·5	2—9 5	2—9

5) W 5 przypadkach zapalenia nerek bez gorączki z tętnem napiętem przy ciśnieniu skurczowem 159‴—255‴ i PD od 63‴ do 84‴ otrzymałem:

Tablica VII.

L. p. i rozpoznanie:	TAP	TDP	TP
1. Nephritis chronica	1	2	1·5
2. » »	1,5	2	2
3. » »	1,5	6	6
4. » »	2	6·5	7·5
5. » »	0·5	13·5	14
Granice wahań maksymalnych	0·5—2	2—13·5	1·5—14

6) U 6 osób, dotkniętych stwardnieniem tętnic, z tętnem mocno napiętem, przy ciśnieniu skurczowem 137‴—193‴ i PD 59‴—103‴ otrzymałem:

Tablica VIII.

L. p. i rozpoznanie:	TAP	TDP	TP
1. Arteriosclerosis. Dilatatio arcus aortae	2	5	3·5
2. » Emphysema pulm.	1·5	5·5	6·5
3. » Dilatatio arcus aortae	1·5	5	7
4. Aneurysma aortae	2	7·5	7
5. Arteriosclerosis. Insuff. valv. mitr.	1·5	9·5	10·5
6. » Emphysema pulm.	1·5	11	11
Granice wahań maksymalnych	1·5—2	5—11	3·5—11

7) U 7 chorych, dotkniętych niedomykalnością zastawek tętnicy głównej przy tętnie wybitnie szybkiem, ciśnieniu skurczowem od 130‴ do 201‴ i PD 40″ — 132‴ (u pierwszych 6 z tych chorych powstała wada serca na tle zakaźnego zapalenia wsierdzia, u siódmego na tle stwardnienia tętnic) otrzymałem:

Tablica IX.

L. p.	TAP	TDP	TP
1	1	3·5	3
2	1·5	2	3·5
3	1	3	3·5
4	2	6	4·5
5	2	3	5
6	0·5	7·5	7
7	0·5	2	2·5
Granice wahań maksymalnych	0·5—2	2—7·5	2·5—7

8) U 6 chorych o tętnie wyraźnie »wolnem« na krzywej sfigmograficznej przy ciśnieniu skurczowem 112‴—146‴ oraz PD 27‴—65‴ otrzymałem:

Tablica X.

L. p.	TAP	TDP	TP
1	0·5	2	2
2	1·5	3	4·5
3	2	3·5	4·5
4	4	4	4·5
5	1·5	5	4·5
6	2	6	7
Granice wahań maksymalnych	0·5—4	2—6	2—7

9) W 2 przypadkach zaburzeń w sprawności serca bez wykazalnej zwykłym sposobem niemiarowości znalazłem:

Tablica XI.

L. p.	TAP	TDP	TP
1	1·5	3·5	4·5
2	1	5	5

Większej liczby przypadków tej grupy zużytkować nie mogłem, gdyż tętno było w nich już przy zwykłem badaniu niemiarowe. (Dok. nast.)

O skazie moczanowej i jej leczeniu.

Napisał

Dr Józef Surzycki

b. I. asystent kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy.)

Nadmierne wydzielanie kwasu żołądkowego często właśnie bywa na tle nerwowem, co i Jaworski (str. 390), Noorden-Grobe, Ziehen, Leubuscher i inni podnoszą. Spostrzegano je przy zboczeniach psychicznych lub chorobach mózgu i rdzenia kręgowego. Fleischer opisuje powstawanie nadmiernej kwaśności, jako objawu odruchowego przy kamicy żółciowej i nerkowej, więc znowu nerwom przyznaje wpływ na czynności żołądka. Również i sokotok okresowy bywa bardzo często na tle zboczeń nerwowych i uważany bywa za nerwicę wydzielniczą. Ostry sokotok Rossbacha także najczęściej zdarza się u osób umysłowo pracujących, lub znajdujących się pod niepokojącymi wpływami psychicznymi. (Jaworski str. 394). *Gastroxia juvenilis* jest także zboczeniem na tle nerwowem. Podawanie w tych razach alkaliów, przepłukiwania żołądka, jednem słowem usunięcie lub zobojętnienie nadmiaru kwasu jest najodpowiedniejszym sposobem postępowania.

Oczywiście i w zakresie czynności jelit występują w toku dny zaburzenia, najczęściej jako silne zaparcie stolca, nieraz kurczowe, rzadziej już rozwolnienia, choć i te nieraz występują po lada jakiej przyczynie. Że wśród tego znajdujemy bezpośrednio zmiany w moczu, że widzimy mocz bardzo wysycony, ze znaczną ilością moczanów, to rzecz jasna, a każdy, kto choć pobieżnie tę sprawę śledził, stwierdził zmiany w moczu, utrzymujące się całymi tygodniami.

Dwa ciekawe przypadki, potwierdzające moje przypuszczenie, że stan układu nerwowego odgrywa najważniejszą rolę w zaburzeniach, stanowiących skazę moczanową, pozwalam sobie przytoczyć ze spostrzeżeń klinicznych podczas mojej asystentury w klinice krakowskiej. — Dotyczą one 2 izraelitek. Jedna z nich, 19-letnia Em. W., cierpi na histeryę i blednicę, obok tego i zmiany wydzielnicze w żołądku pod postacią sokotoku żołądkowego ze znaczną wydzieliną kwasu solnego (kwaśność nieraz dochodziła do: 60 = 2,190%); ciężar właśc. moczu przeważnie wysoki: 1030—1035 z dużą ilością moczanów. Dziedziczności stwierdzić nie można. Przy odpowiedniem leczeniu wodami alkalicznemi i przepłukiwaniem żołądka wodą karlsbadzką stan znacznie się poprawia. W dwa lata później występują u tej chorej bole w stawach kolanowych i skokowych, utrudnienie chodu wskutek bolów, a badanie stwierdza zgrubienie chrząstek, złogi, wyraźne trzeszczenie przy ruchach; badanie moczu wykrywa takie zmiany, jakie znajdujemy przy skazie moczanowej. O dalszym przebiegu nie mogę nic podać, bo chora ta wyjechała z Krakowa. Byłby to jednak przykład, jak na tle nerwicy rozwija się skaza moczanowa; być może, że pośredniem ogniwem były zaburzenia w trawieniu i nadmierne wydzielanie kwasu solnego. — Drugi przypadek podobny dotyczył 19-letniej Feigli H. Dziedziczności również niema. Choroba zaczęła się od bolów głowy, wymiotów, ucisku w dołku, zwiększonego pragnienia, i pomimo rozmaitych środków stan ten ciągle się pogarszał. Jeszcze przebywając w domu miewała chora bole w stawach rąk i nóg, nieraz tak silne, że musiała leżeć. Badanie w klinice stwierdziło zmiany w układzie nerwowym, odpowiadające histeryi, a badanie treści żołądkowej — sokotok żołądkowy. Mocz także o cięż. wł. wysokim (1026—1030), z moczanami i ze zmniejszeniem chlorków; a raz nawet zupełny brak chlorków (badanie prof. Stopczańskiego z d. 28. III. 1891). Bole w nogach często się powtarzają, chociaż badanie szczególnych zmian w stawach wykryć nie może. Dopiero później w ciągu lat kilku wytwarzają się u tej chorej zmiany wyraźnie dnawe w stawach, nawet w jednem kolanie dochodzi do zniekształtnienia i utrudnienia ruchów; tymczasem przypady żołądkowe prawie ustały i chora miała się pod tym względem stosunkowo lepiej. Badanie moczu stwierdziło podówczas także zwiększoną ilość kwasu moczowego, a czasem znowu osad, złożony z moczanów, obok zmniejszonej ilości chlorków. Wyjazd chorej do Badenu uniemożliwił dalsze śledzenie przebiegu, z listów jej dowiedziałem się tylko, że i potem stawy innych kończyn były zajęte i że lekarze w Wiedniu, do których się chora udawała, rozpoznali zmiany »artrytyczne«.

Należy podnieść, że przy tych nerwicach żołądkowych ze zwiększonem wydzielaniem HCl zwykle apetyt jest zwiększony, zwłaszcza na pokarmy mięsne, które łatwiej absorbują HCl; pokarmy te łatwiej się trawią, więc oczywiście musi być większe i wyzyskanie ich części azotowych, a co za tem idzie, większa produkcya czy kwasu moczowego, czy też zasad alloksurowych. Leczenie jest w tych przypadkach tak trudne dlatego, bo układ nerwowy, raz nadwerężony, nie łatwo wraca do stanu prawidłowego, a byle co znowu wytrąca go z równowagi i wywołuje, mojem zdaniem, szereg zboczeń w przemianie materyi.

Objawy.

Ze względu na objawy, rozróżnić trzeba dwa okresy choroby. Pierwszy, to okres przygotowawczy, w którym objawy zaczynają dopiero występować i powoli pokazuje się ich coraz więcej; są one jakby wstępem do prawdziwej choroby, która jako drugi okres już jest zupełnie rozwiniętą, z objawami w stawach, w nerkach, skórze i t. d. Tak w pierwszym, jak i w drugim okresie dny (ale oczywiście o wiele częściej w drugim) występują obok szeregu objawów przewlekłych ostre napady dny, w których potęgują się te zwykłe objawy, a które często po sobie zostawiają coraz to większe zmiany w ustroju.

Pierwszy okres zwykle nie da się dokładnie określić, początki jego bowiem są niewyraźne.

Osoby takie często cierpią na zaburzenia żołądkowe i na złą sprawność jelit. Często też podpadają gośćcowi mięśniowemu, który lubi się często powtarzać, zwłaszcza tak zwane postrzały *(lumbago)*. Jeżeli nawet niema wyraźnego gośćca, to takie osoby trapi pewne uczucie zmęczenia w mięśniach, bole mięśniowe kurcze w łydkach, a przy dotykaniu stwierdza się bolesność okostnej na palcach. Zwolna wytwarzają się złogi w małżowinach usznych i to jest jakby znamienną oznaką tej skazy. Często też rozwija się powoli miażdżyca tętnic w rozmaitych postaciach *(arteriitis uratica)*, jako przedwczesny objaw skazy, a czasem powstaje i miażdżyca tętnic wieńcowych serca, co w następstwie wywołuje typowe napady dusznicy bolesnej *(angina pectoris)*. Obok tego jednak bywają pozorne napady dusznicy *(pseudo-*

angina), o których wspomina Tichomirów; takie napady występują zwykle w nocy, o jednej porze, połączone są z bolem w okolicy serca, biciem serca i różnymi nerwobolami. Osobny rodzaj cierpienia sercowego na tle skazy moczanowej opisuje M. Bruce jako »Gichtherz«. Objawia się to cierpienie biciem serca, bolem serca, uczuciem osłabienia, przychodzi lekka duszność, lub wreszcie typowe napady dusznicy bolesnej. Tony serca są słabe, ale czyste. Często jest to utajona postać dny.

Układ nerwowy przy skazie moczanowej także podlega rozmaitym zmianom, a nieraz okazuje się, że tłem uporczywem nerwobolów jest skaza moczanowa. Przy tem połowiczy ból głowy i inne objawy neurasteniczne są dość znane w przebiegu skazy moczanowej. Claus podziela w zupełności zdanie Charcota, że połowiczy ból głowy jest często pochodzenia dnawego w rodzinach dziedzicznie obciążonych. I u dzieci dają się spostrzegać nieraz objawy, które wskazują na swe pochodzenia dnawe. Jeden ze znawców tego przedmiotu, Comby, opisuje dnę w wieku dziecięcym w ten sposób: Już u noworodków spostrzega się dziwny niepokój, płacz bez powodu, mocz bywa wysycony i daje nieraz powód do zapalenia sromu i pochwy. Na pieluchach zdarza się czerwony piasek. Później już występują wysypki na twarzy i główce. To znowu wybuchają drgawki z gorączką i wymiotami. U jednych dzieci występuje nadmierna otyłość, u drugich wychudnienie; te drugie bywają umysłowo więcej rozwinięte, są żywe, nerwowe, miewają dziwne humory i kaprysy; raz nienasycone, to znowu bez apetytu; śpią zwykle źle. Nieraz dziedziczne usposobienie do skazy moczanowej występuje w postaci równoważników różnego rodzaju. U takich dzieci, usposobionych do dny, opisują jeszcze następujące przypadłości. Często zdarza się u nich biegunka błoniasta *(enteritis membranacea)*; stolce pokryte są całymi pokładami śluzu. Zatwardzenie występuje naprzemian z rozwolnieniem; czasem pokazują się wcześnie krwawnice *(haemorrhoides)*. W zakresie narządu oddychania łatwo powstają nieżyty, kaszle, przerost migdałków, a bywają czasem przypadki dychawicy. W zakresie układu nerwowego zdarzają się nieznaczne napady jakby padaczkowe, to objawy histeryczne, to migreny, nerwobole, znowu pląsawica *(chorea)* lub nocne strachanie się *(pavor nocturnus)*. Dzieci takie miewają bole w mięśniach, w krzyżach, kościach, lub pewne utrudnienie ruchów w stawach; miewają też usposobienie do wszelkich wysypek; wyprysk, pokrzywka często się u nich przytrafia. U dzieci takich ręce i nogi bywają zimne, co Comby przypisuje niedokształceniu się naczyń krwionośnych. Od czasu do czasu pojawia się u nich białko w moczu bez widocznej przyczyny, a nieraz pokazuje się piasek, przyczem dzieci takie narzekają na bolesne oddawanie moczu lub bolesne parcie na mocz. W wieku rozwoju płciowego dziewczęta cierpią na zaburzenia w miesiączkowaniu, a czasem zdarza się u nich zapalenie sromu.

Inni jednak pedyatrzy nie określają tak szczegółowo tych objawów, a zdaniem Gepperta niepodobna stworzyć jakiegoś obrazu chorobowego, któryby wyraźnie określał usposobienie dnawe u dzieci.

Jeden z ciekawszych przypadków opisuje Kolisch; dotyczy on chłopca 9-letniego, który przedtem był zdrowy. Dopiero od pewnego czasu stał się drażliwy, byle co wywoływało szaloną złość i gniew, mijające jednak po kilku minutach. Potem znowu rozwinął się u tego dziecka nastrój hipochondryczny; czasem stawało się złośliwe. Od kilku lat chłopiec jest blady i chudy. Sypiał niespokojnie, zrywał się nieraz po nocach, krzyczał; wśród tego zdarzał się jakiś kilkodniowy nieznaczny gościec mięśniowy. Badanie moczu stwierdziło u tego chłopca N ciał alloksur. 0,30, N kwasu moczowego 0,26, N zasad 0,04, bez białka, osad moczanów spory, więc wyraźne cechy skazy moczanowej. Również dość zajmujący przypadek opisuje Stumme. Dotyczył on kobiety 48-letniej, która już w 17. roku swego życia miewała bole w palcu u nogi, od czasu do czasu się odnawiające, aż w końcu wystąpiły zmiany w nerkach, które doprowadziły do śmierci, a sekcya stwierdziła znaczne zwyrodnienie skrobiowate w nerkach, w stawach zaś ręki były złogi moczanu sodowego. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Widmer. **Wyleczenie raka światłem słonecznem. Uwagi w sprawie leczenia światłem.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 13). Z leczenia światłem słonecznem ma autor wyniki bardzo dobre we wrzodach goleni, przetokach ropnych, popękaniach i rozstępach skóry i t. p. Najefektowniejszy wynik miał autor jednak w przypadku raka grzbietu ręki prawej u 81-letniej kobiety, która nie godziła się na żaden zabieg operacyjny. Leczenie trwało kilka miesięcy, a każde posiedzenie 4 i więcej godzin. Guza nie badano wprawdzie drobnowidowo (!), ale »kilku lekarzy na rozpoznanie raka się zgodziło« i gruczoły łokciowe i pachowe były powiększone. W. opisuje w końcu swój przyrząd, dozwalający skupiać promienie świetlne, odbite od dużych powierzchni, pokrytych śniegiem. *Klęsk.*

Müller. **Znaczenie maści protargolowej w tworzeniu się blizn.** *(Berl. klin. Wochs.* 1907, Nr 11). Autor poleca stosowanie 5—10 prc. maści protargolowej na rozległe ubytki skóry n. p. przy oparzeniach. Maść ta tak szybko wywołuje pokrywanie się naskórkiem powierzchni obnażonych, że zwykle potem już przeszczepiania są niepotrzebne. *Klęsk.*

Eisenberg. **Jodofan.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 12). Jodofan (monojododioksybenzolaldehyd) jest czerwonawo-żółtym proszkiem bez zapachu i smaku. Nie rozpuszcza się w wodzie, wyskoku, eterze i chloroformie. Działa silnie bakteryobójczo; nad jodoformem ma tę wyższość, że działa przeciwgnilnie nietylko bez dostępu powietrza w głębokich ranach, ale i na powierzchownych ubytkach. Rany posypywać należy jodofanem w cienkiej warstwie, by nie tworzyć strupów. Do sączkowania używa się 10 prc. gazy jodofanowej. *Klęsk.*

Waljaschko. **W sprawie techniki przeszczepiania skóry podług Thierscha.** *(Münch. med. Wochs.* Nr 42, 1906). Przyjęcie się przeszczepionych płatków zależy w znacznej mierze od opatrunku i od jego zmiany. Wszystkie podane tu sposoby nie zadowalniają. Autor radzi postępować w sposób następujący: Miejsce przeszczepione pokrywa się wyjałowionym rzadkim tiulem w ten sposób, że brzegi jego przykleja się zapomocą kollodium do zdrowej już skóry. Na tiul daje się dopiero zwykły opatrunek, który zawsze aż do tiulu zmieniać można, usuwając przez to wydzielinę, a nie ruszając przeszczepionego naskórka. Tiul usuwa się po 12 dniach. *Klęsk.*

Alwin Ach. **Porażenia mięśni ocznych wskutek znieczulenia lędźwiowego.** *(Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 13), Do zwiększającej się stale statystyki porażeń mięśni ocznych wskutek znieczulenia lędźwiowego dodaje autor jeszcze 4 z kliniki monachijskiej. Wszystkim towarzyszył ból głowy, krzyża i bezsenność. Najdłuższe porażenie trwało 43 dni. Porażenia te występują znacznie rzadziej przy stosowaniu tropakokainy, niż przy innych przetworach. Autor poleca stosować tylko tropakokainę i to w niewielkich dawkach i niebardzo zgęszczonych rozczynach, dalej nie opuszczać głowy chorych po wstrzyknięciu bardzo w dół, a raczej zostawić ich w spokoju po operacyi, zaś układać ich jak najwyżej głową do góry. *Klęsk.*

Offergeld. **Bole głowy po znieczuleniu lędźwiowem.** *(Zentralbl. f. Gynäk.* 1907, Nr 10). Zapobiegawczo radzi autor wypuszczać przy znieczuleniu lędźwiowem 1—2 ctm.^{3} płynu, a wstrzykiwać małą ilość (t. j. silniejszy rozczyn) środka znieczulającego. Gdy mimo to wystąpią bole głowy, trzeba chorego posadzić, ułożyć wysoko głową, a nawet wykonać drugie nakłucie, by usunąć wzmożenie ciśnienia. W 17 przypadkach wykonano takie nakłucie następowe (najwcześniej na drugi dzień) i zawsze po 30—40 minutach był wynik pomyślny. *Klęsk.*

Auerbach i Grossmann. **Przypadek padaczki Jacksona, wyleczony operacyjnie.** *(Münch. med. Wochs.* Nr 10, 1907). W przypadku autorów u $7^1/_2$-l. chłopca osiągnięto przez operacyę ustanie napadów i poprawę inteligencyi. Operowano dwuczasowo, t. j. najpierw otwarto czaszkę, a w 3 dni wyszukano przez badanie elektryczne zajęte chorobowo ośrodki kończyny górnej, twarzy i karku i wycięto tę część mózgu (30 mm.

długości, 15 mm. szerokości i 5 mm. głębokości). Po operacyi przejściowe porażenie. Obecnie (w $^1/_2$ roku po operacyi) niema wcale napadów padaczkowych. — Wycinanie ośrodków korowych niesłusznie w ostatnich czasach zarzucono. Przeciwnie, w przypadkach padaczki Jacksona należy operować i to nie zwlekając długo, gdyż im napady trwają dłużej, tem rokowanie gorsze. W wielu tak zwanych samoistnych padaczkach udaje się wykryć tło anatomiczne. Często padaczka taka przechodzi w Jacksonowską. O ile możności operować się powinno przed 40. rokiem życia. Nie zawsze wymagać należy od operacyi zupełnego wyleczenia; już uzyskanie zmniejszenia się częstości napadów i poprawy inteligencyi jest wielką korzyścią. Operacye z powodu padaczki lewostronnej dają lepsze wyniki, niż przy prawostronnej. Blizny pooperacyjne zwykle nie wywołują nowych objawów. *Klęsk.*

Küster. **Rak języka i podwiązywanie zewnętrznej tętnicy szyjnej.** *(Arch. f. klin. Chir.* T. 81). Przy większych rakach języka radzi autor podwiązywać nawet obustronnie tętnicę szyjną zewnętrzną, a nie językową. Raki języka, nie nadające się do operacyi, leczyć należy obustronnem podwiązaniem tętnicy i naświetlaniem promieniami Röntgena. *Klęsk.*

Hacker. **Zwichnięcie żuchwy ku tyłowi. Leczenie nawykowego zwichnięcia żuchwy.** *(Beitr. z. klin. Chir.* T. 52, Z. 3). Zwichnięcie żuchwy ku tyłowi najczęściej wydarza się u kobiet. W razie braku zębów zwichnięcie to może wywołać groźne objawy, jak sinicę i duszność. Nawykowe zwichnięcie najlepiej leczyć okołostawowemi wstrzykiwaniami wyskoku. *Klęsk.*

Cristiani i Kummer. **Czynnościowy przerost przeszczepionych kawałków gruczołu tarczowego u człowieka.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 49, 1906). By przeszczepiony gruczoł tarczowy u zwierząt się przyjął, powinny kawałki być nieduże, a liczne, używać należy gruczołu ze zwierząt tego samego gatunku i przeszczepiać natychmiast po wyjęciu gruczołu. U człowieka przeszczepianie udaje się również; do przeszczepienia używać można także wola, (oczywiście niezłośliwego). Zabieg ten w obrzęku śluzowatym i w matołectwie daje czasem bardzo korzystne wyniki. Gruczoł przeszczepiony może wyjątkowo ulegać dalej przerostowi, jak tego dowodzi przypadek autorów. Gruczoł, przeszczepiony pod skórę w okolicy ramienia przy wycięciu wola u tego samego osobnika, po trzech latach powiększył się znacznie; czynność jego w nowej siedzibie pozostała prawidłową *Klęsk.*

Prof. Payr. **Przeszczepianie gruczołu tarczowego do śledziony; uwagi doświadczalne i kliniczne.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 80, Z. 3). Pierwsze próby przeszczepiania gruczołu tarczowego datują się od Schiffa. Potem sprawą tą zajął się Eiselsberg, Kocher, Enderlen, Saltan i inni, a to w celu leczenia tężyczki, charłactwa po wycięciu gruczołu i tym podobnych cierpień. Gruczoł przeszczepiano podskórnie i śródotrzewnie, ze skutkiem jednak niezbyt pomyślnym. Częste usadawianie się przerzutów wola złośliwego w szpiku kostnym i powiększanie się gruczołu tarczowego po wycięciu śledziony, nasunęły autorowi pomysł przeszczepiania gruczołu tarczowego w tkanki limfatyczne, a najodpowiedniejszą ze względu na warunki krążenia i na technikę okazała się śledziona. Przy operacyach na śledzionie może powstać groźny krwotok. Autor jednak przekonał się, że utworzenie kieszonki w śledzionie, wszczepienie w nią gruczołu tarczowego i zaszycie tępemi igłami i cienkim jedwabiem, tamuje prawie zawsze krwotok, a przeszczepiony gruczoł działa jak naturalny tampon. W doświadczeniach swych (na psach, kotach, świnkach morskich i królikach) postępował autor dwojako: 1) naprzód wycinał część gruczołu, a dopiero potem otwierał jamę brzuszną i wszczepiał gruczoł do śledziony, 2) otwierał najpierw jamę brzuszną, a potem operował gruczoł i wszczepiał go. Sposób ten drugi okazał się lepszym. Wycięty kawałek gruczołu autor rozcinał, wywracał i zeszywał tak, że powierzchnia przecięcia stykała się potem z tkanką śledziony. Narzędzia do tych zabiegów nie powinny być ostre, ale znów zbyt tępe wywołują za wielki krwotok. Ranę w śledzionie następowo obszywał autor jeszcze siecią. Do doświadczeń użył P. w ciągu $3^1/_2$ lat 48 zwierząt. Przeszczepiał zwykle jeden płat gruczołu, a w 10—30 dni potem wycinał ze szyi pozostałą część zupełnie, a w końcu u niektórych zwierząt wycinał śledzionę. Czasem wycinał odrazu cały gruczoł i wszczepiał go w śledzionę. Przeszczepiał także gruczoły z psów, dotkniętych wolem. Wyniki można podzielić na następujące grupy: 1) gruczoł nie przyjął się zupełnie; 2) mimo przyjęcia się gruczołu wystąpiły objawy charłactwa lub tężyczki; 3) gruczoł się przyjął i zwierzę pozostało zdrowe. Granica gruczołu, który się dobrze przyjął, pozostawała zawsze ostrą. Badanie mikroskopowe stwierdziło tworzenie się tkanki ziarninowej, a potem naczyń, łączących śledzionę z wszczepionym gruczołem. W początkach gojenia się gromadziły się na granicy główne ciałka eozynochłonne. Autor kolloid spotykał w naczyniach śledziony i sądzi, że tą drogą dostaje się on do obiegu krwi po przeszczepieniu gruczołu. Z dotychczasowych przeszczepiań narządów odnosi wrażenie, że najlepiej przyjmują się tkanki o wydzielinie wewnętrznej (gruczoł tarczowy, nadnercza, jajniki), gorzej gruczoły o wydzielinie wewnętrznej i zewnętrznej (jądra, trzustka), a najgorzej gruczoły o wydzielinie zewnętrznej (wątroba i nerki i t. d.). U człowieka przeszczepiano gruczoł tarczowy już niejednokrotnie, a to z powodu pooperacyjnej tężyczki, charłactwa, obrzęku śluzowatego i matołectwa. Wszczepiano przeważnie świeżo wyjęte ludzkie wole, lub gruczoły owcy i psa. Gruczoł wszczepiano zwykle podskórnie (szyja, pierś, powłoki brzuszne). Co do wyników, to w tężyczce nie uzyskano żadnych, w charłactwie poprawę, znikającą z czasem, ale nastającą na nowo po ponownej operacyi. Lepsze nieco wyniki osiągnięto w obrzęku śluzowatym i w matołectwie, choć często trzeba było kilka razy operować, gdyż przeszczepiany gruczoł się nie przyjmował. Opierając się na tych danych, przeszczepił P. 6-letniemu dziecku, dotkniętemu wrodzonym brakiem gruczołu, obrzękiem śluzowatym i matołectwem, gruczoł tarczowy jego matki. Wynik osiągnięto znakomity, a mianowicie: inteligencya dziecka znacznie się wzmogła, dziecko nauczyło się chodzić, zaczęło rosnąć, samo brać pokarmy, mówić, wyraz twarzy stał się prawidłowy, język zmalał. Wobec tego sądzi autor, że jesteśmy zupełnie uprawnieni przeszczepiać narządy z wewnętrzną wydzieliną w celach leczniczych, a zwłaszcza gruczoł tarczowy i to najlepiej do śledziony, gdyż tam najpewniej się przyjmuje. *Klęsk.*

Enochin. **Podwiązywanie tętnic tarczowych przy wolu.** (*Arch. f. klin. Chir.* Tom 80, Zeszyt 4). Autor podwiązał tętnice tarczowe celem leczenia wola u 6 chorych. Wyniki co do zmniejszenia się guza i objawów uciskowych były dość dobre, natomiast kosmetyczny wynik gorszy. Jeden chory zmarł wskutek krwotoku z tętnicy szyjnej, nadżartej przez założony sączek. *Dr Klęsk.*

Franck. **O zwężeniach tchawicy wskutek intubacyi po następowej tracheotomii.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr 51, 1906). Po długo stosowanej intubacyi powstają głębokie odleżyny, zmuszające do następowej tracheotomii. Wiederhoter zwrócił jednak uwagę, że w podobnych przypadkach krtań zwęża się potem jeszcze silniej, a nieraz nawet zupełnie zarasta i chory musi już stale nosić rurkę. By temu zapobiedz, należy po następowej tracheotomii zakładać codziennie tubus na 1—2 godzin, przez co zapobiegamy kurczeniu się blizny po odleżynie. *Klęsk.*

Lubliński. **Leczenie milczeniem przy gruźlicy krtani.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr 52, 1906). Podany niedawno przez Semona sposób leczenia gruźlicy krtani przez zakazanie chorym mówienia, stosuje autor już dawno wobec zmian gruźliczych we wnętrzu krtani; natomiast w razie zmian chrząstek nalewkowych, nagłośni i t. p., t. j. gruźlicy zewnętrznej krtani, sposób ten nie jest wskazany. *Klęsk.*

Dirk. **O intubacyi krtani podług Kuhna.** Intubacya krtani przy cięższych operacyach na głowie oddaje znakomite usługi. Autor poleca wsuwać tubus dopiero po lekkiem uśpieniu, a nie przed uśpieniem przy znieczuleniu kokainą. Mimo, że środek usypiający dostaje się przytem prawie wprost do dróg oddechowych, można stosować i eter. Intubacya czyni usypiającego zupełnie niezależnym od operatora i naodwrót. Dawka środka usypiającego jest dzięki intubacyi zwykle mała, unika się wymiotów, kaszlu, zapadania się języka, zalewania krwią krtani i t. d. Po operacyi chorzy czują się zupełnie dobrze, przypady płucne nie występują nigdy. *Klęsk.*

Rehn. **Usuwanie guzów klatki piersiowej z szerokiem otwieraniem opłucnej.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 81, Z. 1). Przy szerokiem otwieraniu opłucnej można obejść się i bez przyrządu Sauerbrucha w ten sposób, że przed otwarciem opłucnej wprowadza się głęboko przez płuco mocno zakrzywioną igłę i przez to umocowuje płuco, by po otwarciu opłucnej nie zapadło się. Po otwarciu chwyta się płuco w mokry kompres i podciąga na zewnątrz. Przed zamknięciem opłucnej należy płuco umocować kilku szwami przy klatce piersiowej i całą ranę zupełnie szczelnie zaszyć bez sączkowania. W ten sposób operował autor 3 przypadki guzów klatki piersiowej. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

W. Stoeckel. **Zawędrowanie zwitka gazy, pozostawionego przy laparotomii, do pęcherza.** (*Zentralbl. f. Gyn.*

1907, Nr 1). Po operacyi w Berlinie z powodu zmian w przydatkach zgłosiła się chora do S., który stwierdził przetokę w dolnej części blizny po laparotomii. Macica ku przodowi. Przydatków brak. Zgłębnik wchodzi na 10 ctm. poza macicę, ponad sklepienie prawe. Pęcherz ma objętość 200 gr. i zdaje się być nieuszkodzony. Po wstrzyknięciu 5 prc. azotanu srebrowego do przetoki wystąpiło mleczne zabarwienie moczu, co świadczy o połączeniu przetoki z pęcherzem. Cystoskopem stwierdzono w połowie tylnej ściany ciało polipowate, sterczące do światła pęcherza, częściowo inkrustowane, zresztą miękkie, żółtawe, wielkości migdała. Mocz bez ropy, błona śluzowa prawidłowa. S. rozpoznał podwiązkę, wędrującą do pęcherza i inkrustowaną. Kleszczykami udało się ciało to uchwycić i bez wielkich trudności przez nierozszerzoną cewkę wydobyć. Był to zwitek gazy, długości 21 ctm. Krwotok, który teraz wystąpił, ustał po płukaniu zimnym rozczynem kwasu borowego. Cewnik na stałe. Otwór w pęcherzu już po 3 dniach bardzo się zmniejszył. Jak się dodatkowo dowiedziano, dawniejszy zabieg był utrudniony zrostami, guz po stronie prawej pękł i pęcherz uległ skaleczeniu. Po zaszyciu pęcherza wprowadzono 2 setony, jeden ku stronie prawej, drugi w okolicę rany pęcherza. Leczenie pooperacyjne kończyła chora w innym zakładzie, gdzie stwierdzono przetokę moczową w powłokach, która się powoli zamknęła. — Ciekawym szczegółem jest tu brak nieżytu pęcherza. S. sądzi, że do tego potrzebne jest uszkodzenie nabłonka, bez czego znosi pęcherz niekiedy bez odczynu dostanie się kału i jadowitej ropy. *B. Wojciechowski.*

E. Holzbach. **O okręceniu się pępowiny i domniemanem jego złem działaniu po wystąpieniu główki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1907, Nr 1). Zły zwyczaj obmacywania szyi płodu zaraz po urodzeniu się główki dla przekonania się, czy czasem pępowina nie jest około szyi okręcona, wywołał rozprawkę Schultzego, w której autor ten podnosi następujące punkty: 1) Zaciśnięcie szyi płodu przez pępowinę zdarza się wprawdzie niekiedy, ma jednak znaczenie we wcześniejszym okresie porodu, a nie po wytoczeniu się główki. 2) Zwężenie światła naczyń pępowinowych podczas najwyższego stopnia rozciągnięcia pępowiny nie dosięga jeszcze nigdy takiego stopnia, iżby stąd wyniknąć miało poważniejsze niebezpieczeństwo dla krążenia płodowego. Gdyby zresztą duszność i wdechy wystąpić miały, to płód ma po urodzeniu się główki możność oddychania. 3) Ucisk pępowiny pomiędzy karkiem, a przednią ścianą miednicy nie może osiągnąć w tej chwili wysokiego stopnia i nie miałby wogóle znaczenia. Ze swej strony przypomina jednak H., iż pierwotnie zbyt krótka pępowina, lub też skrócona przez okręcenie, może już przed przerznięciem się główki stać się powodem częściowego odklejenia się łożyska. Gdyby ktoś po urodzeniu się główki chciał w podobnym przypadku pępowinę zwalniać lub odpętlać, to naraziłby łatwo rodzącą na cięższe następstwa w okresie III. Brak postępu porodu nakaże w takim przypadku pociągnąć łagodnie za szyję, przez co wykryta zostaje przeszkoda, którą łatwo usunąć jednem cięciem nożyczek. Położnym powinno się zatem zakazać niepotrzebnego szukania pępowin na szyi w każdym przypadku, jakoteż wytłómaczyć, iż zluźnianie lub odpętlanie pępowiny jest zupełnie zbyteczne. *B. Wojciechowski.*

O. Polano. **Przypadek zdjęcia torebki nerkowej przy rzucawce.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1907, Nr 1). U 38-letniej wieloródki, która pod koniec ciąży miała około 1‰ białka w moczu i obrzęki, wystąpiły w 13 godzin po prawidłowym porodzie pierwsze drgawki porodowe, a po kwadransie drugi napad. Po kilku godzinach odzyskała chora przytomność, lecz w ciągu dni następnych stan się pogarszał. Ilość moczu spadła 10. dnia na 420 ctm.^{3}, tętno doszło do 130, utrata przytomności. Wobec beznadziejnego stanu chorej postanowił P. spróbować zdjęcia torebek z obu nerek. Wśród operacyi stwierdzono nerki powiększone, miękkie, przekrwione. Po nacięciu torebki nie wypuklał się miąższ. Po zabiegu wrażenie poprawy. W ciągu 19 godzin, po których chora zmarła, zebrano 920 ctm.^{3} moczu. Śmierć wśród objawów obrzęku płuc. Sekcya i badanie histologiczne stwierdziły ostre miąższowe zapalenie nerek. Mimo braku zmian w wątrobie, mózgu, sercu i t. d., właściwych rzucawce, rozpoznaje ją P. w tym przypadku, kierując się najnowszemi pojęciami o tem cierpieniu. P. dopatruje się dobrego wpływu operacyi na stan chorej, sądzi jednak, że nie należy z operacyą zwlekać i że wówczas można rzeczywiście chorą uratować. *B. Wojciechowski.*

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Prof. Sittmann. **Uraz, a choroby płuc.** (*Aerztl. Sachverst.-Ztg.* Nr 1, 1907). Choroby płuc mogą być wywołane przez uraz, trafiający bezpośrednio w klatkę piersiową, lub też uraz oddalony, lecz wywołujący znaczne wzmożenie się ciśnienia w klatce piersiowej. Nie ma znaczenia dla powstania chorób płuc, czy uraz wywołał obrażenia zewnętrzne, czy nie, jak również rodzaj urazu; siedziba zmian chorobowych niekoniecznie zależy od okolicy, w którą uraz ugodził. Następstwem urazowego, a niewyrównanego wahania śródpiersiowego bywają przedarcia miąższu płucnego, naczyń, lub też zakrzepy w naczyniach. Przedarcie naczyń pociąga za sobą jużto krwotok opłucny, jeśli równocześnie uszkodzoną jest także opłucna, jużto naciek krwawy miąższu i krwioplucie. Za urazowe można uznać tylko krwioplucie, zjawiające się wkrótce po urazie. Późne urazowe krwioplucie może być tylko pośrednio przez uraz wywołane i występuje już jako objaw zmiany chorobowej, następstwem urazu będącej.

Zakrzepy w naczyniach, będące następstwem bezpośredniego, silnego urazu, wywołują miąższowe krwawienie, czasem połączone z krwiopluciem; niekiedy bywa następstwem zakrzepów zgorzel. Wpływ urazu na przyszły stan zdrowia i zdolność do zawodowej pracy zależy od zejścia bezpośrednich następstw urazu. Odma skórna, odma opłucna i krwotoki opłucne ustępują zazwyczaj bez śladu, jeśli nie dołączy się wtórorzędne zakażenie.

Rozpoznanie złamania żeber powinno się zdaniem autora opierać zawsze na podstawie prześwietlenia promieniami Röntgena. Złamaniu ulegają zazwyczaj żebra środkowe, a autor sądzi, że po roku lub 1½ wygaja się złamanie żebra bez śladu, bez uszczerbku ogólnego stanu zdrowia i zdolności do zarobkowania. Pospolite po tym czasie skargi na bole w klatce piersiowej nie mają zazwyczaj przedmiotowej podstawy, a nie można ich także kłaść na karb nerwobołu międzyżebrowego, który po urazie wyjątkowo tylko występuje; przyjąć go można jedynie wówczas, jeśli można stwierdzić ucisk, wywierany przez bliznę kostną, lub jeśli przy wypadku nerw uległ bezpośrednio zmiażdżeniu. Wtedy jednak należy stwierdzić trzy punkty uciskowe, nieokreślony bowiem ból w klatce piersiowej lub jej ścianie, nie jest nerwobolem międzyżebrowym.

Przedarcie opłucnej, które powstać może także bez równoczesnego złamania żeber, pociąga za sobą zawsze mniej lub więcej znaczny krwotok, a nawet bez wtórorzędnego zakażenia postają sprawy zapalne odczynowe, w przebiegu których mogą się wytworzyć zgrubienia i zrosty opłucne. Jednak suche zapalenie opłucnej rozpoznaje się, zdaniem S., zbyt często bezpodstawnie, polegając przeważnie na objawach podmiotowych. Również przecenia się zwykle znaczenie zrostów opłucnych. S. zwraca uwagę na to, jak często przy sekcyach spotyka się rozległe zrosty opłucne, które nie dawały objawów podmiotowych, ponieważ nie były pochodzenia urazowego i tem samem nie było podstawy do domagania się renty. Przy ocenianiu następstw wypadku należy zwracać uwagę nietyle na stwierdzić się dające zmiany anatomiczne, ile na wywołane przez nie zaburzenia w czynnościach danego narządu. Te zaburzenia w przypadkach zrostów opłucnych, które nie wywołują zniekształceń klatki piersiowej, są bardzo nieznaczne. Wyłączyć takie zaburzenie czynności można, jeśli rozszerzanie się klatki piersiowej jest dostateczne, a badany może bez przeszkód kilka minut głęboko oddychać. Badanie w tym kierunku powinno się odbywać zapomocą osłuchiwania, a nie oglądania, przy oglądaniu bowiem badany zbyt prędko zaczyna się skarżyć na różne dolegliwości. Jeśli do przedarcia opłucnej dołącza się zakażenie, wówczas rozwija się wysięk opłucny tem łatwiej, jeśli równocześnie uszkodzony jest także miąższ płucny, a płuco poprzednio dotknięte już było zmianami chorobowemi.

Nacieki krwawe miąższu płucnego, będące następstwem przedarcia miąższu, przedarcia lub zakrzepu naczyń płucnych, mogą albo bez śladu ustąpić, albo też uledz wtórorzędnemu zakażeniu. Zależnie od rodzaju wnikających drobnoustrojów, może się rozwinąć zmiana zapalna, zgorzelinowa, lub też gruźlicza. Opierając się na dotychczasowych obliczeniach odsetkowych, uważa autor zmiany zapalne w płucach jako następstwo urazu za rzadkie zejście pierwotnego uszkodzenia.

Zdaniem S. należy rozróżniać trzy postacie urazowego zapalenia płuc; przedewszystkiem typowe włóknikowe zapalenie, które jednak, wywołane przez uraz, nie daje znamiennych objawów. Postać druga, cechująca się rozległym naciekiem, obfitą krwawą plwociną lub też jej brakiem, przebiega atypowo ze względu na krótkie i nieznaczne wzniesienia ciepłoty, oraz małe zaburzenia w ogólnym stanie. Postać trzecia przebiega pod obrazem zapalenia nieżytowego. Tak więc zdaniem autora nie można ani z jakości zapalenia i jego przebiegu, ani z jego siedziby wy-

snuwać wniosków co do wywołującej je przyczyny. Związek przyczynowy między urazem, a sprawą zapalną płuc można raczej przyjąć przez pewne stwierdzenie doznanego urazu i przez stwierdzenie związku czasowego. Związek czasowy ściśle ograniczyć się nie da, dopóki bowiem naciek krwawy miąższu nie zostanie wessany, istnieje zawsze niebezpieczeństwo zakażenia. Zapalenia płuc zakrztuśne i przerzutowe mogą w pewnych okolicznościach pozostawać w bezpośrednim lub pośrednim związku z doznanym wypadkiem.

Urazowa zgorzel płuc może być następstwem bezpośredniego zakażenia pierwotnego uszkodzenia miąższu, zejściem zapalenia płuc, lub następstwem urazowego zakrzepu naczyń.

Gruźlica płuc może być bezpośredniem następstwem urazu, jeśli miejsce pierwotnego obrażenia zostanie czy to drogą narządu oddechowego, czy też drogą krwi zakażone prątkami gruźliczymi. Stanowczego jednak dowodu, by w ten sposób gruźlica płuc powstawać mogła, dotychczas zdaniem S. nie dostarczono. Druga możliwość zakażenia gruźliczego istnieje wówczas, jeśli w miejscu uszkodzenia miąższu rozwija się sprawa zapalna, która skutkiem następowego zakażenia przechodzi w sprawę gruźliczą. Dowodem urazowego pochodzenia gruźlicy jest w tych przypadkach niezwykła jej siedziba. Uraz, trafiający płuco, gruźlicą już dotknięte, może wywołać pogorszenie cierpienia i to przez krwioplucie, przez rozszerzenie się sprawy gruźliczej skutkiem odczynu zapalnego dookoła nacieku krwawego, skutkiem opróżnienia się gruźliczych ognisk w następstwie urazowego wstrząśnienia. Z ogólnych przyczyn, które w następstwie przypadku mogą wywołać pogorszenie sprawy gruźliczej, wymienia autor: leżenie w łóżku, niedostateczne odżywianie się, przebywanie w zamkniętej przestrzeni (sale chorych), zmniejszenie wydatności oddechów, wpływy psychiczne itd. Znaczenia jednak tych wymienionych ogólnych czynników nie należy przeceniać. Podobnie, jak zapalenie płuc, tak i gruźlica pochodzenia urazowego postacią swą i przebiegiem nie wskazuje na przyczynę swego powstania. Dla przyjęcia związku przyczynowego stwierdzić należy, iż klatka piersiowa doznała urazu, lub całe ciało silnego wstrząśnienia, które mogły wywołać uszkodzenia naczynia lub miąższu płucnego. Ważną dla ocenienia pogorszenia się choroby jest dokładna znajomość stanu zdrowia badanego przed wypadkiem, przyczem S. zwraca uwagę, iż pogorszenie to nie musi być stałem, i że osoba, u której w następstwie urazu rozwinęła się gruźlica, nie musi stale pobierać renty.

W końcu zwraca S. uwagę na urazową rozedmę płuc, która powstaje wówczas, jeśli uraz wywołał następstwa, które w warunkach zwykłych wywołują rozedmę, a więc uporczywy kaszel, zmniejszoną ruchomość klatki piersiowej i t. d., wreszcie na choroby śródpiersia, które jednak rzadko są następstwem urazu. *Horoszkiewicz.*

Grassmann. **Orzeczenie w sprawie urazowego krwotoku rdzeniowego.** (*Aerztl. Sachverst.-Ztg.* Nr 1, 1907). 59-letni rolnik, pracując w polu w upalny dzień, doznał nagłego porażenia ciała, wśród wymiotów, senności, apatyi, przyspieszonego, małego tętna i upośledzenia mowy. Pierwszy lekarz w orzeczeniu nazwał to udarem słonecznym. Badanie, które G. wykonał na polecenie sądu rozjemczego niespełna po roku, stwierdziło ogólne wychudzenie, zupełny prawie bezwład mięśniowy, z wyjątkiem nieznacznych ruchów palcami kończyn dolnych i górnych i prawem przedramieniem. Mięśnie kończyn zanikłe, brak drgania włókienkowego, mowa i przytomność nieupośledzone, język zbacza na lewo. Ruchy bierne oporne z powodu sztywności mięśni. Czucie bolu upośledzone na lewem ramieniu. Odruch podeszwowy po stronie lewej wzmożony, prawego brak, brzusznych brak. Odruch ścięgna Achillesa prawy wzmożony, lewego brak; kolanowy prawy istnieje, lewy wzmożony. Źrenice oddziaływają, nerwy mózgowe wolne, tętnice obwodowe twarde. G. rozpoznał krwotok w górnej części rdzenia szyjnego, niszczący drogi ruchowe i częściowo czuciowe, objawy mózgowe zaś tłómaczy działaniem ubocznem. W orzeczeniu ocenia ten przypadek jako roboczy, ponieważ praca w dzień upalny i parny (dane z poblizkiej stacyi meteorologicznej w Monachium) stała się czynnikiem wyzwalającym u osobnika skłonnego do pękania naczyń, zmienionych miażdżycowo. Na tej podstawie przyznał sąd rozjemczy poszkodowanemu pełną rentę. *Bujak.*

A. Schmidt. **Niebezpieczeństwo zakażenia się przy sekcyi.** (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte* 1907, Nr 1). Niebezpieczeństwo to polega wyłącznie na wtargnięciu bakteryi, przyczem trujące wytwory rozpadu białek nie odgrywają żadnej roli. Celem uniknięcia zakażenia radzi S. używać rękawiczek kauczukowych, a przynajmniej nożów o zaokrąglonych końcach (zalecanych także przez Simmondsa). Wszelkie ranki należy przed sekcyą zakleić przylepcem, a po dokonanej czynności wymyć benzyną, mydłem i środkiem przeciwgnilnym i założyć przyrząd ssący Biera. Zabiegi położnicze można zdaniem S. wykonywać także i po sekcyi, o ile odkazi się ręce mydłem, wyskokiem i sublimatem, lub lepiej 1 prc. formaldehydem (? *Spr.*). *Bujak.*

Martini. **Przypadek krwiaka nadoponowego w spalonych zwłokach.** (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. XXXII). U 60-letniej kobiety, niedołężnej umysłowo, która, podpaliwszy dom, powiesiła się, znaleziono przy sekcyi rozległy krwiak nadoponowy. W danym przypadku była to, jak autor zaznacza, niewątpliwie zmiana pośmiertna. Należy jednak pamiętać, że zmiana taka, powstając za życia powoli, do czasu nie upośledza przytomności, powtóre, że pętla, założona nietypowo, może wyjątkowo wywołać wylew krwi do wnętrza czaszki, jeśli ściany naczyń są chorobowo zmienione. *Bujak.*

Sacher Masoch i Masochizm.

Szkic literacko-psychiatryczny według collegium publicum.

Skreślił

Prof. Dr L. Wachholz.

(Dokończenie.)

Zakończenie.

Już po ukończeniu wykładu powyższego, którego znaczna część już była ogłoszona drukiem, pojawiło się krótkie doniesienie Raffalovicha [45]), stanowiące ważny przyczynek do sprawy masochizmu. W doniesieniu tem streszcza Raffalovich w najogólniejszym zarysie pamiętnik pierwszej żony Sacher-Masocha, poczem zawiadamia, że wielokrotnie już wspominany biograf naszego autora, Schlichtegroll, ma niebawem wydać odpowiedź na rzeczone pamiętniki, osnutą na dzienniku Sacher-Masocha, listach i innych dokumentach po nim pozostałych. Nie mogąc się ograniczyć na powtórzeniu krótkich uwag Raffalovicha co do nowej publikacyi Schlichtegrolla, zaznajomiłem się z nią dokładnie, aby nie pominąć w mej monografii żadnego, zwłaszcza ważnego szczegółu, któryby zdolny był rozjaśnić genezę masochizmu u jego mianodawcy.

Publikacyę najnowszą, opatrzoną wiele mówiącym nagłówkiem »Wanda bez futra i maski« zaczyna Schlichtegroll [46]) od oceny wartości pamiętników wogóle. Twierdzi on, i słusznie, że autor każdego pamiętnika, nawet mimo wysiłku, musi być zawsze przeważnie podmiotowym i dlatego też mogą wszelkie pamiętniki przedstawiać istotne zdarzenia tylko w częściowem, zgodnem z prawdą oświetleniu zwłaszcza, jeźli pamiętniki były pisane już po upływie dłuższego czasu od chwili zdarzeń, stanowiących ich osnowę. Temu twierdzeniu Schlichtegrolla nie można odmówić znaczenia, choćby z uwagi na obecne zdobycze »psychologii świadczenia« i na stwierdzone nauką niedoskonałości ludzkiej pamięci. Wobec faktu, że pamiętnik pierwszej żony Sacher-Masocha był dopiero »ex post« pisany, muszą zarzuty podniesione przez Schlichtegrolla co do pamiętników wogóle, dotyczyć także i tego pamiętnika. Schlichtegroll ufa więcej przytaczanemu gęsto przez siebie dziennikowi Sacher-Masocha. Niewątpliwie dziennik ten może posiadać większe znaczenie od pamiętników pani »Wandy« Sacher-Masochowej, albowiem był on pisany niemal z dnia na dzień i w formie dyalogu, rozgrywającego się między małżonkami.

Zestawiwszy atoli obecne rewelacye Schlichtegrolla ze »spowiedzią życia« pani Sacher-Masochowej, musi się dojść do przekonania, że jedne i drugie, z przeciwnych obozów wynikłe pamiętniki przedstawiają jądro rzeczy najzupełniej zgodnie i zbieżnie, tem samem dowodzą, że treść ich zasadnicza odpowiada prawdzie. Słusznie też powiada Raffalovich, że w publikacyi najnowszej Schlichtegrolla »mąż (t. j. Sacher-Masoch) nie przedstawia się lepiej od żony«. Różnica między tymi pamiętnikami tkwi tylko w samem podmiotowo różnem oświetleniu faktów zresztą zgodnie opisanych,

[45]) Deux Masochistes. Arch. d'anthrop. crim. 1907, s. 119.

[46]) Wanda ohne Pelz und Maske von C. F. v. Schlichtegroll. Eine Antwort auf »Wanda« v. Sacher-Masochs «Meine Lebensbeichte« nebst Veröffentlichungen aus Sacher-Masochs Tagebuch. Leipzig 1906, stron 251.

Nie mogę wchodzić w szczegóły publikacyi Schlichtegrolla, gdyż musiałbym chyba ją przełożyć na język polski z niewielkim pożytkiem dla piśmiennictwa, tembardziej, że, jak słusznie zaznacza Raffalovich, stanowi ona tylko ciężkie oskarżenie pani Sacher-Masochowej, a jest pozbawiona zupełnie wszelkiego uroku literackiego. Wystarczy mi tu tylko nadmienić, że Sacher-Masoch, urodzony masochista, w pogoni swej za w istocie wampiryczną kobietą, którąby zdolną była odtworzyć z nim w rzeczywistości potworne dzieje Wandy, Wenery we futrze i Seweryna, znalazł swój wymarzony ideał w swej pierwszej żonie, Aurorze Angelice Rümelin, używającej tak chętnie różnych pseudonimów, n. p. imion Alicyi, Hero, Santalli, Wandy Dunajew lub Sacher-Masoch. Niewątpliwie bowiem tkwił w naturze autorki spowiedzi z życia pierwiastek Wenery we futrze, jak się wyraża Schlichtegroll, gdyż znęcanie się jej nad mężem nie wynikało wyłącznie tylko z biernego jej poddawania się woli męża (wedle jej pamiętnika), lecz także z własnego popędu; znajdowała bowiem niewątpliwie przyjemność w udręczaniu męża, którego nawet ostatecznie chciała, wedle listu jego, odsprzedać jego drugiej żonie za sumę 10.000 marek! Z własnych listów pani »Wandy« Sacher-Masochowej do męża wynika niedwuznacznie, że, — użyjmy tu słów Schlichtegrolla — »życie jej wykazuje aż nadto wiele ciemnych plam«, że podsycała masochiczny popęd męża, była zatem prowokującą, nie zaś powolną tylko jego żądaniu, za jaką w swej spowiedzi chce się przedstawić. Czytając te ponure tajemnice małżeńskie, nie można się wręcz oprzeć przekonaniu, któremu Raffalovich daje jędrny wyraz, że Sacher-Masoch i pierwsza jego żona nienawidzili się wzajemnie, jak się umieją nienawidzieć »mąż słaby i żona samolubna, popędliwa i komedyancka«. To też rwał się między nimi stosunek ustawicznie, podtrzymywany tylko jej finezyą wampiryczną i futrzanymi kostyumami. Wreszcie gdy z biegiem czasu żadnemu rozmaitości u każdego człowieka popędowi płciowemu Sacher-Masocha spowszedniał urok »artis amandi« żony, przekonał się Sacher-Masoch, niestety zapóźno, że, jak się wyraża Raffalovich, »kochał tylko futro na swej żonie, a nie żonę«.

Pomijając tę stronę sprawy, mieści się w ostatniej publikacyi Schlichtegrolla kilka szczegółów, które prostując dawne jego entuzyastyczne odnoszenie się do osoby i talentu Sacher-Masocha, potwierdzają najzupełniej sąd o tym autorze, przezemnie bez pomocy osobistych jego aktów wydany.

W zakończeniu swej ostatniej publikacyi powiada Schlichtegroll: »Bieg życia Sacher-Masocha nie jest wolny od błędów i omyłek.... Był to wielki poeta, zarazem jednak człowiek pełen słabostek, który nadto był chorobowo obciążony«. W początku zaś swej publikacyi zaznacza on, że Sacher-Masoch nie chciał się nigdy pogodzić ze zdaniem, jakoby był algolagnistą, człowiekiem o przewrotnem poczuciu płciowem, nie mógł też przebaczyć Krafft-Ebingowi, że użył nazwiska jego na określenie psychopatycznego zboczenia popędu płciowego. Stale i zawsze znajdował uzasadnienie swego poczucia we wpływach atawistycznych i etnograficznych, t. j. w swem wrzekomo słowiańskiem pochodzeniu. Wbrew dawnym twierdzeniom przyznaje obecnie Schlichtegroll, że »w rzeczywistości płynęło w jego żyłach nienazbyt wiele krwi słowiańskiej«, mimoto nie może się jeszcze w zupełności wyswobodzić z suggestyi o słowiańskiem pochodzeniu Sacher-Masocha, skoro przytaczając ustęp z jego życiorysu, podanego w Nrze 254 »Gazety zagrzebskiej« z roku 1872 przez E. von Saxa, prostuje twierdzenie nazywające Masochów szlachecką rodziną północno-węgierską, na »małoruską«. Że sprostowanie to błędne, wynika z poprzednich moich uwag.

W dalszym ciągu oświadcza Schlichtegroll, że »Sacher-Masoch był najczystszym typem algolagnisty, a co najwyżej możnaby się tylko o to spierać, czy w wyższym stopniu był fetyszystą lub masochistą. Sąd, wypowiedziany przez Eulenburga o markizie de Sade, stosuje się w pewnym względzie do niego; był on osobistością, dotkniętą ciężkiem zwyrodnieniem, z przewrotnemi skłonnościami i popędami w kierunku seksualno-patologicznym, być może okresowo się nasilającymi, które go uczyniły zjawiskiem wybitnie antisocyalnem«. Nieco dalej wyraża się znowu: »W tym wysoko uzdolnionym człowieku i charakterze tkwiły obok siebie dziwne przeciwieństwa; był równie ascetycznym, jak wyuzdanym, równie trzeźwym, jak fantastycznym, równie odważnym, jak zabobonnym, bystrym umysłowo i naiwnym«. W ciągu pracy swej zwie go stale »psychopatą« lub »chorym«.

Szczegóły powyższe, z ostatniej publikacyi Schlichtegrolla przytoczone, potwierdzają zatem w zupełności sąd mój o Sacher-Masochu i jego masochizmie. Nie krwi słowiańskiej, która w żyłach jego nie płynęła wcale, lecz psychopatycznemu obciążeniu zawdzięczał on swą płciową przewrotność, której dosadny wyraz dał w swych utworach. Że się zaś do swej psychopatyi nie przyznawał, nie dziw, bo który z psychopatów, który z obłąkanych, ma świadomość swego stanu? Pogoń jego za niedościgłym ideałem kobiety, którąby za dnia była uosobieniem jego Marcelli, a w nocy jego Wenery we futrze, którąby łączyła potworne okrucieństwo z gołębią łagodnością i słodyczą, — była obłędną, jak obłędną jego »vita sexualis« wogóle.

Dodatkowe uwagi moje zakończę najlepiej słowami Raffalovicha: »Gdybyż to się mogli masochiści nauczyć u wstępu swych praktyk z historyi Leopolda i Wandy nie ulegać popędowi masochicznemu i nie obudzać w sobie przewrotności zwierzęcia ludzkiego!« Cóż, kiedy odpowiedzą: »ponad siły«.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 27. lutego 1907.

Przewodniczy prezes kol. prof. Rosner. Obecnych członków 37.

1) Do protokołu zabiera głos kol. Borzęcki, zastrzegając sobie głos co do dyskusyi nad odczytem kol. Kozłowskiego na następne posiedzenie. Protokół przyjęto.

2) Kol. Rutkowskiego wybrano członkiem komisyi redakcyjnej »Przeglądu lek.«

3) Kol. Sikorską przyjęto na członka Towarzystwa.

4) Prof. Kader przedstawił 36-letniego mężczyznę L. O., u którego 1/III. 1904 wykonał **wycięcie całej krtani** i górnej części tchawicy **z powodu raka**; jednocześnie usunięto częściowo już zajęte gruczoły chłonne wzdłuż przebiegu dużych naczyń szyi i pod żuchwą. Jak dotychczas nigdzie niema nawrotu. K. wyciął krtań z powodu raka w 6 przypadkach. W trzech wynik był pomyślny. Najcięższy z nich był u L. G., mężczyzny 53-letniego, operowanego 16./VI. 1902. Poprzednio operowano go 3-krotnie z tego samego powodu przez laryngofisurę w Krakowie i w Warszawie. Zgłosił się do K. z nawrotem miejscowym i skórnym w bliźnie i z przerzutami w gruczołach podżuchwowych. W jesieni 1906 bez nawrotu. *c*) A. F. l. 41 męż. operowany 20./I. 1906, w grudniu 1906 operacya nawrotu w gruczołach[1]). Trzech zaś chorych zmarło, a mianowicie: *d*) O. W. l. 50. męż., zachłysnął się podczas wymiotów w kilkanaście godzin po operacyi. *e*) I. T. l. 52 kob., rak krtani i przełyku, zapad na trzeci dzień po operacyi, *f*) A. S. l. 65., męż., zapalenie płuc; zmarł na 10 dzień. 3 ostatnie przypadki operowano z zupełnem powodzeniem w znieczuleniu lędźwiowem. Odżywiano chorych po operacyi przez sączek gumowy, wprowadzony przez nos do przełyku i żołądka. K. nie stosuje żadnych krtani sztucznych. Chorzy uczą się mówić zasobem powietrza, znajdującym się w gardle i jamie ustnej. Mowę przedstawionego chorego L. O., słyszy i rozumie całe audytoryum.

Prof. Kader przedstawił dalej *g*) **cystoskopy** Nietzego przez siebie zmodyfikowane oraz *h*) **okazy wyciętych nerek gruźliczych.** Operował w Krakowie 5 przypadków. Wszystkie opuściły klinikę uleczone; jedna chora, A. W. l. 36, zmarła później na gruźlicę prosówkową. 2 przypadki były przysłane przez prof. Rosnera, trzeci przez dra Surzyckiego z rozpoznaniem gruźlicy nerek. W 2 innych rozpoznawano po za kliniką nieżyt pęcherza i odpowiednio przez czas dłuższy leczono. K. zwraca uwagę na to, że gruźlica nerki występuje zwykle jednostronnie. Pierwsze objawy kliniczne występują zwykle ze strony pęcherza: wzmożone parcie na mocz, bole przy oddawaniu ostatnich kropli moczu; ropa, czasem krew w moczu. Stosunkowo prędko występują zmiany dokoła ujścia moczowodu chorej nerki: obrzęki i owrzodzenia. Druga nerka pozostaje stosunkowo bardzo długo zdrową, nawet w przypadkach zajęcia całego pęcherza. W większości przypadków cystoskopia ma znaczenie rozstrzygające co do rozpoznania i wskazań operacyjnych. W tych przypadkach, w których cystoskopia jest niewykonalną, należy w celu zbadania odsłonić operacyjnie obie nerki. Zastosował to K. z powodzeniem w jednym przypadku. K. operuje pozaotrzewnie i usuwa wraz z chorą nerką cały moczowód. Całą ranę zaszywa, pozostawiając tylko sączki, które po paru dniach usuwa. Zmiany w pęcherzu ustępują po usunięciu nerki samoistnie, ewent. pod wpływem przepłukiwań przeciwgnilnych, między innymi 5% roz-

[1]) Drugi nawrót operowano 12. III. 1907 już po posiedzeniu.

czynem karbolu podług Korsonga. Jedna z chorych, A. S. l. 26, operowana 26. III. 1902, miała owrzodzenia w pęcherzu, które się zupełnie wygoiły, wyszła za mąż, ma 2 dzieci, jest zdrowa.

Prof. Kader przedstawił następnie *i*) nerki chorego A. S. l. 21, operowanego 27. I. 1907 z powodu **włókniakomięsaka nerki.** Chorego tego przez dłuższy czas leczono na kamicę i nieżyt pęcherza. Operacya stwierdziła nowotwór nerki lewej, którą też usunięto, oraz częściowe wodonercze i zapalenie ropne miedniczki nerki prawej, na której wykonano nefrotomią. Jednocześnie nacięto moczowód i wprowadzono przez to cięcie sączek do pęcherza moczowego, dla rozszerzenia zwężenia moczowodu tuż ponad ujściem pęcherzowem. Chory zniósł sam zabieg dobrze, zmarł jednak na 21 dzień po operacyi z wycieńczenia. Sekcya wykryła przerzuty w wątrobie.

Wszystkie te przypadki operowano w znieczuleniu lędźwiowem. K. uważa znieczulenie lędźwiowe za pomocą tropokokainy za daleko bezpieczniejsze od uśpienia chloroformem lub eterem. Nawet bardzo osłabieni chorzy, dobrze znoszą to znieczulenie nawet wtedy, jeżeli wskutek długiego trwania zabiegu, wstrzyknięcie wypadnie powtórzyć, jak to K. nieraz stosuje.

Wreszcie przedstawił prof. Kader *k*) chorego **z przerzutami wola w kościach czaszki.** Przypadek ten zawdzięcza prym. dr. Bogdanikowi. Wól pierwotny, niewielki, położenia środkowego, typu miąższowego, klinicznie nie złośliwy. Rozpoznanie potwierdziło badanie drobnowidowe wyciętego kawałeczka w zakładzie anatomii patologicznej. K. operował już przed kilku laty na klinice podobny przypadek, również rozpoznany jako przerzut wola. (*Streszczenia własne*).

5) Dr. Pawlica przedstawia chorego J. G. l. 29, *z paraparesis spastica* na tle wybroczyny w rdzeniu kręgowym. Porównawczo dokonano na jednej kończynie dolnej krwawego przedłużenia ścięgna Achillesa, na drugiej wstrzyknięcia 80% wyskoku z 2% tropakokainą (*8,0 alcol. abs. 2,0 sol. tropacoc. muriat 2%*) w ilości 2 ctm.^{3} do nerwu podkolanowego. Wynik po $2^1/_2$ miesiącach, podług słów chorego badanego w klinice chirurgicznej, lepszy na nodze z tendoplastyką, przy badaniu w klinice chorób nerwowych, (wstrzykiwania zaproponował asystent tej kliniki dr. Rydel, o czem chory wiedział) lepszy na nodze leczonej wstrzykiwaniem. Przedmiotowo polepszenie na obu kończynach dolnych, jakoby cokolwiek wybitniejsze na nodze z przedłużeniem ścięgna Achillesa. (*Streszcz. własne*).

6) Dr. Radliński przedstawił chorego J. K. l. 51., którego prof. Kader operował w klinice z powodu **raka gardła.** Z cięcia wzdłuż górnej połowy przedniego brzegu mięśnia mostkowo - sutkowo - obojczykowego (*pharyngotomia suprathyreoidea*) i z cięcia dodatkowego od środka poprzedniego do kąta ust przez całą grubość policzka usunięto gruczoły chłonne, całą gałęź żuchwy i następnie po otwarciu gardła, wycięto część szczęki górnej, część podniebienia twardego, całe podniebienie miękkie, migdałek prawy, obustronne łuki podniebienne, część języka i część dna jamy ustnej w jednym kawałku. Szew przedniego ramienia cięcia, tamponada rany pozostałej. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Z powikłań zapisano zapalenie ropne ucha środkowego po stronie operowanej i długą niemożliwość usunięcia rurki tracheotomijnej (założonej przez cięcie tchawicy podczas operacyi dla zapobieżenia zachłystywaniu się), z przyczyny utrudnionego po próbnem wyjęciu rurki wydechu. Jako powód ostatniego powikłania podano stwierdzone wziernikiem opadnięcie krtani. Dopiero w 6 tygodni po operacyi, po bliznowatem ściągnięciu się ran i uniesieniu się krtani, rurkę można było usunąć. Nawrotu raka niema dotychczas zupełnie. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi nad przypadkami przedstawionymi (pod 4 do 6) przemawiali kol. prym. Borzęcki, prof. Ciechanowski i Kader.

7) Prof. Ciechanowski mówił: **O brakach i potrzebach szpitalnictwa galicyjskiego** (rzecz obecnie drukowana w »Przegl. lek.«). Dyskusyę odłożono. Sekretarz: *Dr Owsiński.*

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

III.

Braki i potrzeby.

Zestawił **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

W szpitalu podhajeckim wypada na chorego po 8 m. sześć. przy normalnem obłożeniu, tymczasem leży tam przeciętnie dziennie 118 chorych na 85 łóżkach etatowych... Oddział zakaźny w gmachu szpitalnym głównym, »urządzony bardzo ubogo, bez łazienki, służy też za sypialnię dla praczek«. W tym szpitalu zresztą, jak i w kilku innych, w kuchni sypiają służące. »Łazienki nadzwyczaj liche, sala operacyjna bez dopływu i odpływu wody« i t. p.[1])

W Przemyślanach »wilgoć w budynku, zbutwiała podłoga w korytarzu i piece zrujnowane«[2]). Szpital ten zbudowany w r. 1899, a »już należy do zakładów starego typu i domaga się uzupełnień i naprawek«. Na chorego przypada tam zaledwie po 9 m. sześć. przestrzeni. Toteż w pawilonie zakaźnym trafiła inspekcya w roku 1905 na 23 osób, z których jedna tylko z chorobą infekcyjną (płonicą)[3]).

Szpital w Sanoku od innych szpitali »odbija smutno i miejscem źle wybranem i lichą wodą i ze wszech miar niewygodnem urządzeniem«. Brak tu »wodociągów i łazienek, dobrych klozetów, spotyka się wilgoć i grzyba, widzi nędzę upadających ścian budynku zakaźnego i przymusową chęć łatania tego, co się nie da połatać. Gmach główny, który z całości jeden jeszcze jest coś wart, robi wrażenie lazaretu z dawniejszych czasów... Korytarze ciemne, wychodki cuchnące, jedna jedyna łazienka, a nad całością unosi się ta nieznana już gdzieindziej ckliwa woń specyficzna, której żadne wietrzenie nie zdoła usunąć, a której źródło w ciasnocie«. »Za trupiarnię służy jeden z pokojów domu zakaźnego, a raczej rudery, która urąga wszelkim wymaganiom i nadaje się do rozebrania;... w sionce sypiają stróże, których nie ma gdzie umieścić«[4]).

Rzeczywiście czas był na poprawę tych stosunków i z radością wita się tegoroczne wnioski Wydziału krajowego, by w Sanoku zbudowano pawilon izolacyjny, budynek gospodarski i trupiarnię (kosztem 36,329 kor.)[5]). (Wnioski te Sejm już uchwalił. *Przyp. w korekcie*).

Całość skałackiego, przed rokiem otwartego szpitala, »nie robi wcale wrażenia nowego ani estetycznego«. W nim »oddział zakaźny, przesadnie i niepotrzebnie duży, świeci pustkami, ponieważ w dodatku wcale jeszcze nie jest urządzony«[6]).

W szpitalu Stanisławowskim znalazła przedostatnia inspekcya niewiele do wytknięcia. Bodaj najważniejszym z wytkniętych braków było, że łazienki nie są dobrze urządzone i pozostawiają wiele do życzenia[7]). Tem to dziwniejsze, że ten »największy i najruchliwszy z naszych szpitali powszechnych«, ma, jak się teraz okazuje, »umieszczenie bardzo złe i pełne rażących braków«. Obecnemu inspektorowi szpitali należy się głębokie uznanie, że wskazuje na te braki, które są tem przykrzejsze, iż chodzi o pierwszorzędne miasto prowincyonalne i o jeden z najdzielniej prowadzonych szpitali. I tu znowu są to smutne skutki nibyoszczędnej łataniny. »Ulepszenia lat ostatnich wpłynęły nieco na poprawę najgwałtowniejszych potrzeb, ale zastosowane na małą skalę nie zmieniły opłakanych stosunków w tej mierze, by nastąpiła jakabądź ogólna zmiana na korzyść. Wszelkie zaś nowe budowle w podwórzu, ulokowane nietrafnie, zbyt ciasne lub nadzwyczaj liche, powiększyły tylko chaotyczny układ całości«, stwarzając »obraz zaniedbanego folwarku« z podwórzem, które jest »zawalone lepiankami z obdartemi szopami, a opodal chlewy, stajnie, kurniki, gnojówki«. »Wodociągi założone wadliwie, wychodki bez wody lub daleko w podwórzu (z przechadzką), łazienki nie nadają się do kąpieli, brak dobrych ubikacyi operacyjnych, kanały otwarte i ziejące złą woń; chorzy zakaźni pod jednym dachem z resztą chorych«. »Patrząc na to wszystko i wiedząc, że to szpital, który leczy rocznie prawie półczwarta tysiąca osób i spełnia ważne zadania dla okolicy fabrycznej i przemysłowej, wierzyć się nie chce własnym oczom«. Na chorego »dziś już wypada zaledwie 3·3 m². podłogi, a 13·5 m³. powietrza, że zaś stan w niektóre dni dochodzi do 220 osób (na 120 etatowych łóżkach!), łatwo pojąć, jakie warunki higieniczne wytwarzać się muszą w szpitalu zbudowanym koszarowo, nie mającym wentylacyi, ani należytych urządzeń wodociągowych«. W oddziale zakaźnym »o dobrem odosobnieniu nawet mowy być nie może«[8]).

(C. d. n.)

[1]) Tamże str. 51.
[2]) Dep. V. za 1904/5, str. 56.
[3]) Insp. w r. 1906, str. 54, 55.
[4]) Tamże, str. 60, 61.
[5]) Spraw. Wydz. kraj. L.W. 122. 713/07.
[6]) Insp. w r. 1906, str. 61, 62.
[7]) Dep. V, za 1904/5, str. 58, 67.
[8]) Insp. w r. 1906, str. 66, 67.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska *ogłasza:*

Do P. T. lekarzy, przynależnych do Izby lek. zach.-gal.:

W wykonaniu uchwał VII., X. i XI. Wiecu Izb lekarskich austryackich, ogłasza Wydział Izby lek. zach.-gal. za obowiązujące w swym okręgu od dnia ogłoszenia następujące postanowienia:

I. Badania w celu ubezpieczenia na życie mają się odbywać w domu lekarza, a honoraryum za orzeczenia lekarskie — o ile nie wymaga się od lekarza żadnych osobliwych czynności — ma wynosić najmniej 10 koron, bez względu na wysokość sumy ubezpieczenia, a przy ubezpieczeniach t. zw. ludowych najmniej 5 koron.

II. Gdyby do wydania orzeczenia potrzeba było jednych lub więcej odwiedzin lekarskich w domu strony, to należy się za to od Towarzystwa osobne wynagrodzenie prócz zwrotu za pojazd.

III. Jeżeli pomimo zażądanych i odbytych w celu badania odwiedzin lekarskich badanie to celem ubezpieczenia do skutku z jakichbądź powodów nie przychodzi, należy się lekarzowi od Towarzystwa ubezpieczeń przyjęte honoraryum za odwiedziny lekarskie (ewentualnie koszta podróży).

IV. Przyjmowanie honoraryów niższych lub usiłowanie obejścia w jakikolwiekbądź sposób (np. przez ugody ryczałtowe) powyższych postanowień, uważane będzie jako ubliżenie godności stanu lekarskiego i jako takie podlegać dochodzeniu Rady honorowej.

W Krakowie, dnia 21. marca 1907.

Za sekretarza Izby: *Dr Flis.* Wiceprezydent Izby: *Dr Schoengut.*

L. 93. Wskutek użalenia się pewnego lekarza, iż są lekarze, którzy czynności lekarskie dla Towarzystw ubezpieczeń poza miejscem swej siedziby dokonują za wynagrodzeniem miejscowem, Wydział Izby lekarskiej widzi się zmuszonym ogłosić, iż odbywanie czynności lekarskich poza miejscem zamieszkania lekarza za wynagrodzeniem tem samem, które się lekarzowi w miejscu jego zamieszkania należy, bez doliczenia kosztów podróży, jest konkurencyą in minus i jako taka niedozwolonem.

Co do obliczania kosztów podróży obowiązuje w obrębie Izby lek. zach.-gal. taryfa, uchwalona na posiedzeniu pełnej Izby w dniu 14. VII. 1906.

W Krakowie, dnia 22. marca 1907.

Za sekretarza Izby: *Dr Flis.* Wiceprezydent Izby: *Dr Schoengut.*

Państwowy Związek organizacyi lek. austr. odbył 22. i 23. III. b. r. II posiedzenie według programu, podanego w Nr 11 »Przeglądu lek.« str. 142. Według uchwalonego regulaminu na 300 członków organizacyi przypadać 1 delegat do związku państwowego, jedna organizacya może jednak mieć najwyżej 5 delegatów. Od każdego członka każdej organizacyi ma do kasy Związku państwowego wpływać 1 kor. rocznie. Z innych uchwał wymienić należy: postanowienie, aby stosunki lekarskie przedstawiać w prasie ściśle przedmiotowo, nie odradzając, ale i nie zachęcając młodzieży do wstępowania na wydział lekarski; aby przy nadchodzących wyborach do Rady państwa przedłożyć kandydatom wszystkich partyi żądania lekarzy (ustawa lekarska, państwowa ustawa sanitarna, udział lekarzy w reformie ubezpieczenia robotniczego); aby wystąpić przeciw opustom, przepisanym przez rozporządzenie minist. z 10. XII. 1906 w aptekach domowych, oraz przeciw zamierzonym przez rząd urządzeniom płatnych miejsc w szpitalach wiedeńskich (t. zw. »Zahlstöcke«). Załatwienie sprawy niedzielnego spoczynku lekarzy pozostawiono poszczególnym organizacyom. Osobnego organu Związku uchwalono nie zakładać. *R.*

Sprawę ściślej organizacyi lekarzy omawiał dr Pick na II posiedzeniu państwowego Związku organ. lek. austr. (Ärztl. Stsztg. 7). Najwcześniej i najlepiej zorganizowali się lekarze dolnoaustryaccy i lekarze niemieccy w Czechach, wzorując się na t. zw. Związku lipskim. Głównym celem organizacyi jest uregulowanie podaży przy obsadzeniu posad stałych. Chodzi o to, by lekarze nie przyjmowali żadnej posady na warunkach uchybiających, za płacę, nieodpowiadającą nakładowi pracy, tem mniej, nie wystarczającą na utrzymanie. Cel ten osiągnąć można jedynie przez to, że członkowie organizacyi zobowiązują się nie zawierać umów z Kasami chorych i podobnemi instytucyami bez zgody organizacyi obwodowej, a w razie zatargu takich instytucyi z ich lekarzami nie przyjmować, ani nie starać się o posady w danej instytucyi. Zobowiązanie to przyjmują członkowie organizacyi pod słowem honoru i groźbą kary konwencyonalnej 2,000 kor. w razie złamania słowa. Organizacya zaś ze swej strony wspiera członków przez pośrednictwo w zawieraniu umów, poradę i obronę prawną, pomoc materyalną dla tych członków, którzy przez przestrzeganie interesów zawodowych ponieśli straty. Każdy członek opłaca wkładkę 24 kor. rocznie. We wszystkich niemal istniejących organizacyach opłaty te wpływają bardzo regularnie; gdzie się zaś wyjątkowo dzieje inaczej, tam lekarze widocznie nie dojrzeli jeszcze do organizacyi, nie zdołali zrozumieć jej doniosłości i korzyści. Oczywiście muszą z organizacyi być wyłączone wszelkie sprawy polityczne. W Czechach w ciągu jednego roku powstało 30 takich organizacyi powiatowych, ugrupowanych w 7 związków obwodowych, a te znów tworzą związek krajowy. Organizacya ta, obejmująca lekarzy Niemców, liczy 740 członków. Wyniki jej działania są już obecnie nad wszelkie spodziewanie pomyślne. (Por. »Przegl. lek.« Nr 13, str. 173, szp. 2).

Sprawę ubezpieczenia lekarzy porusza w ostatnim (7) numerze »Głosu lek.« kilka piór. Dr M. Salpeter radby utworzyć Towarzystwo wzajemnych ubezpieczeń, oparte o Towarzystwo lekarzy galicyjskich; przypuszcza, że pozostawiwszy Izbom lekarskim tylko oficyalną reprezentacyę stanu i sprawy honorowe, Samopomocy tylko walkę zawodową, możnaby znacznie ograniczyć wkładki, a przekreśliwszy w statucie Towarzystwa lek. gal. zadania naukowe, z tych wszystkich »oszczędności« uzyskać tyle, że z niewielkim dodatkiem każdy lekarz zdobyłby się na premię roczną 70 K, za którą miałby..... emeryturę 1,200 K, a wdowa po nim pensyę..... 1,000 K. Redakcya »Głosu lekarzy« stwierdza jednak na podstawie swoich informacyi, że »ubezpieczenie takie, jak proponuje autor, kosztowałoby co najmniej dziesięć razy tyle«. My zaś dodamy, że kto uważnie przypatrzył się budżetom naszych Izb lekarskich, ten niestety nie może podzielić przypuszczenia, iż (nawet przy największem ograniczeniu agend) wystarczy wkładka 1—2 K rocznie dla Izb; podobna opłata na cele walki zawodowej, proponowana przez autora, szczególnie wygląda wobec tego, że »Związek państwowy« uważa za konieczną opłatę co najmniej 24 K rocznie na te cele. »Wykluczenie wiedzy« zaś z zadań Towarzystwa lek. gal. byłoby niewątpliwie krokiem wstecz (nawet bez względu na piśmiennictwo). — Dr Wątorek wywodzi, że zapewnienie lekarzom ubezpieczenia jest najlepszym środkiem podniesienia etyki lekarskiej, (co zresztą pozostaje w luźnym związku z treścią jego projektu ubezpieczenia, wspomnianego w Nr 12 »Przeglądu« z r. b.). — Dr Pacyna krytykuje szczegółowo projekt dra Wątorka, uznając go za niewykonalny, a zachęcając do energiczniejszego wyzyskania dotychczasowych urządzeń. — Dr Ferensiewicz wyjaśnia, że łączenie sprawy emerytury lekarzy gminnych ze sprawą emerytury lekarzy okręgowych może obie te sprawy odwlec, gdy przeciwnie do raz już uzyskanego funduszu pensyjnego lekarzy okręgowych łatwiej będzie potem włączyć lekarzy gminnych, którzy powinniby teraz pomyśleć przedewszystkiem o stworzeniu organizacyi. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	po 1 h
Od r. 1904 do końca r. 1906	314,765	112,950
W r. 1907 od 1. I. do 15. marca . . .	9,986	10,300
Od 15. do 31 marca 1907	1,835	2,000
razem	326,586	125,250

Dr Żydłowicz, administrator.

Kwiatki etyczne. Sąd wiedeński skazał niejakiego dra H. Bayera na 24 godzin aresztu i 300 K grzywny za to, że na współkę z jakąś Rosenbergową reklamował i sprzedawał bezwartościowe, a nawet szkodliwe »cudowne środki kosmetyczne«. Inny znów lekarz wiedeński, dr A. Much, poróżniwszy się ze swym »przyjacielem«.... z kawiarni, zaskarżył go o honoraryum za udzielaną w pogadankach kawiarnianych »poradę« lekarską; sprawę przegrał i musiał zapłacić jej koszta. (Ärztl. Sztg. 7). *R.*

Sprzedaż zakazanych przetworów farmaceutycznych, jakoteż przetworów, które nie uzyskały jeszcze przepisanego zezwolenia, zdarzającą się w niektórych aptekach, nakazało austr. ministeryum spraw wewn (13. III. 1907, L. 7,613) śledzić i odpowiednio karać. Do przetworów zakazanych zaliczono: kapsułki »granatowe«, »santolowe« i »antebeten« wyrobu Schneidra i »Halapis tuberin«. (22. II. 1907. L. 5,049). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 31. III. do 6. IV. 1907 doniesiono o 30 nowych przypadkach duru plamistego w 7 gminach, a mianowicie: w pow. Horodenka (Dąbki 3), Jaworów (Bruchnal 10), Kosów (Szeszory 9), Lisko (Wołkowyja

4, Bożwiechowa górna 1), Podhajce (Sokolniki 1), Stryj (Tarnawka 2) i 5 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 6 gminach, a mianowicie pow. Krosno (Chorkówka 1), Biała (Starawieś dolna 1), Jarosław (Tapin 1), Rawa (Uhnów 1), Żółkiew (Kulawa 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. III. do 6. IV. 1907 przypadków: błonicy miejsc. 3 (obcy 1), ospy (1), płonicy 4 (3), duru brzusznego 1 (4 † 3), innych chorób zakaźnych 1 (2). *S.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 31. III. do 6. IV. 1907 urodziło się dzieci żywo 66, nieżywo 5; zmarło osób 66 (w tem obcych 20), z tych z gruźlicy 21 (10), z zapalenia płuc 6. *S.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 31. III. do 6. IV. 1907 przypadków: błonicy 8 † 2 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 2 (1), płonicy 3, odry 7, duru brzusznego 4 † 1, nagminnego zapalenia opon 1. *L.*

Nagminne zapalenie opon stwierdzono w I. kwartale b. r. w całej Austryi w 180 przypadkach, z których na Wiedeń przypada 60, na Galicyę 45, Śląsk 44, Czechy i Morawy 24. Jednak tylko część tych przypadków stwierdzono bakteryologicznie.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Stan prac organizacyjnych:

W sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej obrano jako temata główne: 1) Wpływ gruczołów na patogenezę układu nerwowego. 2) Chirurgia nowotworów mózgu i rdzenia. 3) Nerwica urazowa z punktu widzenia lekarskiego i społecznego. 4) Stan opieki nad umysłowo chorymi w Polsce. — Zgłoszono wykłady: 1) Prof. Sieradzki: O zmniejszonej poczytalności. 2) K. Orzechowski: a) Przyczynek do etyologii i patogenezy pląsawicy zakaźnej. b) Przypadek nowotworu nerwowo-komórkowego pochodzenia zakaźnego. c) Zmiany posekcyjne jądra komórek nerwowych. d) O przebiegu dróg piramidalnych w szypułce mózgowej. 3) J. Zanietowski: a) O metodzie własnej rozładowań. b) O znaczeniu w nowoczesnej terapii jonów dla elektrologii i neurologii.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 10. IV. posiedzenie, na którem prof. Wachholz wykładał »O zaczadzeniu«. W dyskusyi przemawiali dr Zanietowski i doc. Seńkowski.

Lwów. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w dniu 6. IV. przyjęto do wiadomości sprawozdanie prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego z 17. III., wydano na życzenie władz opinię w sprawie zmian, potrzebnych w rozporządzeniu o aptekach domowych wobec wejścia w życie nowej ustawy aptekarskiej, zatwierdzono z małemi zmianami taryfy lekarskie, uchwalone przez lekarzy w Stanisławowie i Kołomyi, postanowiono wziąć w obronę dra W. wobec krzywdzącego go postępowania zarządu gminnego w K., załatwiono szereg drobniejszych spraw bieżących i rozpatrzono dwie sprawy honorowe.

— Staraniem »Koła medyków« odbędą się dwutygodniowe kursa samarytańskie, obejmujące: zarys anatomii (6 g.), zarys nauki o przyczynach chorób (6 g.), higienę mieszkania (2 g.), zasady żywienia chorych (2 g.), pielęgnowanie chorych (4 g.), pierwszą pomoc (8 g.). Wykładać będą: prof. Kadyi, Kučera, doc. Panek, Biernacki, Herman i dr W. Ziembicki. Podobnie, jak w zeszłorocznych kursach krakowskich, tak i w programie kursów lwowskich wydawałyby się pożądane szersze ramy, szczególnie w niektórych działach.

Z różnych stron. Na wszechnicach austryackich zapisanych było na medycynę w zimowem półroczu 1906/7 ogółem 3,715 słuchaczy (o 482 więcej, niż w roku poprzednim), z tego w Wiedniu 1,725, w Krakowie 501, w Pradze (wydz. czeski) 475, w Gracu 360, w Pradze (wydz. niem.) 273, we Lwowie 219, w Insbruku 162.

— Słuchacze medycyny w Wiedniu zawiązują ogólne stowarzyszenie medyków i zamierzają założyć związek wszystkich słuchaczy medycyny w Austryi.

— W uzdrowisku Alland otwarty zostanie w maju oddział dla dzieci, chorych na gruźlicę płuc, na razie na 30 miejsc, wyłącznie płatnych (za 3-miesięczne leczenie 320 K).

— Projekt ustawy, ograniczającej wiwisekcye, zamierza przedstawić austryackiej radzie państwa grono kilkunastu..... lekarzy, którzy wprawdzie uznają, iż bez doświadczeń na zwierzętach nauka obyć się nie może, ale żądają np., aby na każde poszczególne doświadczenie (!), dokonywane nb. w zakładach naukowych tylko przez badaczy, zaopatrzonych w osobne osobiste zezwolenie (!), udzielała osobnego zezwolenia na piśmie wskutek osobnego podania na piśmie (!) jakaś osobna krajowa komisya, nadzorująca doświadczenia, a złożona w połowie ze znawców, w połowie zaś z delegatów towarzystw ochrony zwierzat (!); aby nie wolno było wcale robić doświadczeń w celach dydaktycznych wobec słuchaczy uniwersytetu (!) i t. p. Może kilka z żądań autorów projektu miałoby uzasadnienie, jak n. p. aby doświadczenia miały zawsze na celu wzbogacenie wiedzy, gdyby nie to, że żądania takie są wobec poważnych i sumiennych badaczy zbyteczne. Pod odezwą podpisane są same nazwiska nieznane. Umieszczono też na niej nazwiska czterech lekarzy galicyjskich.

Mianowani: Doc. Elschnig profesorem okulistyki w Gracu, zoolog prof. Cori profesorem biologii na niemieckim wydziale lekarskim w Pradze, prof. M. B. Schmidt profesorem patologii w Zurychu;

doc. dr Latkowski naczelnym lekarzem miejskiej Kasy chorych w Krakowie.

Zmarli: Dr Edward Grégr, uczeń i asystent wielkiego Purkyněgo, później docent fizyki lekarskiej, autor szeregu prac z zakresu fizyologii, w 80 r. ż.; od r. 1861 przerzuciwszy się wyłącznie na pole działalności politycznej, zajął jedno z najwybitniejszych miejsc wśród przywódców narodu czeskiego; ginekolog doc. Glockner w Lipsku w 37 r. ż.; b. prof. farmakologii Suszczyński w Petersburgu.

Redakcya otrzymała: Biernacki E.: 1) Ein Mikrosedimentator für klinische Blutuntersuchungen. Odb. »Wien. klin. Woch.« 1906. 2) Zur Ernährungsweise der wohlhabenden Klassen. Odb. »Zts. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw.« 1906. 3) (i Hołobut): Blutveränderungen bei thermischen Einflüssen. Odb. »Zts. f. exp. Path. u. Ther.« 1907. — Crandon i Scannell: General Peritonitis. Prolonged Irrigation of the Abdominal Cavity. »Boston med. and surg. Journ.« 1907. — Korybut-Daszkiewicz: 1) Warszawski dom wychowawczy ks. Baudouina w świetle historyi. 2) Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu dziedzicznego u dzieci. 3) Kilka słów o nagminnem zapaleniu gruczołu przyusznego u dzieci. 4) Przyczynek do sprawy stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej wielowaźnej. 5) Przypadek zatrucia chininą, symulujący płonicę. Odbitki z »Medycyny«. 6) Przypadek ospy naturalnej u dwudniowego dziecka. Odb. »Ginek.« 7) O żywieniu niemowląt surowem mlekiem koziem. 8) Kilka słów w sprawie ratowania od pozornej śmierci noworodków. 9) Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny. Odb. »Zdrowie«. 10) Do jakich praktycznych wniosków upoważniają nas najnowsze odkrycia na polu biologii mleka kobiecego i różnych zwierząt. Odb. »Czas. lek.«

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Glidin dra Klopfera jestto nowy przetwór białka roślinnego. Ocenie jego poświęca doc. pryw. dr P. Bergell (Mediz. Klinik 1905, Nr 41) obszerniejszą pracę, opartą na dłuższem doświadczeniu, jakiego nabył, podając wymieniony przetwór 50 chorym. Wyrób polega na wypłukaniu i centryfugowaniu najlepszej mąki pszenicznej zapomocą osobnych przyrządów. Rozbiór chemiczny wykazuje przeszło dwie trzecie części czystych krystalicznych kw. monaminowych. Wiadomo, iż przeszło 90 prc. takich przetworów ulega w ustroju wessaniu. B. przekonał się o szczególnych zaletach następującej mieszaniny: 1000 gr. glidiny, 300 gr. kakao, 200 gr. cukru gronowego. Dla uproszczenia poleca B. gotowy przetwór, t, zw. »Riquet-Eiweiss-Schokolade«, o wielkiej wartości odżywczej, wypróbowanej na szeregu przypadków. Przy 100 gr. dziennie doprowadza się choremu 500 kaloryi. Bez zmnicjszania innych środków odżywczych można podawać dziennie 15—30 gr. gliddiny i to przez 6 dni.

poczem następuje przerwa 14-dniowa. Kobiety zażywają przetwór ten w mleku, mężczyźni w winie słodkiem lub w piwie słodowem. Korzystnem okazało się również podawanie gliden w ilości 15 gr. na dawkę w postaci wlewań odżywczych. *Grm.*

Antisklerozynę, jako środek leczniczy w stwardnieniu tętnic, polecił Senator w wykładzie swym o przyczynach i leczeniu tego cierpienia (Russ. med. Rundschau, styczeń, 1907). S. uważa środek ten za najprostszy i najwygodniejszy sposób leczenia stwardnienia tętnic metodą Rumpfa i Weila, t. j. zapomocą soli krwi, stanowiących w kołaczykach antisklerozyny główne składniki. Obok głównego składnika, t. j. natrium chlor. znajdują się natr. sulfur., natr. phosphor., natr. carbon., magnesia phosphor. i kalciumglycephosphat w stosunku, jaki znajdujemy we krwi. S. podaje od 2 do 6 kołaczyków dziennie. Przy powolnem zwiększaniu dawki i przerywaniu od czasu do czasu na 1—2 dni znoszą chorzy lek ten dobrze. *Ll.*

Calmyren (wyrób apteki »zur Austria« w Wiedniu) jest środkiem, stosowanym przeciw histeryi. Dr Ferd. Rosenthal, I. asyst. I. oddz. lek. poliklin. wiedeńsk. (kierownik prof. dra E. v. Stoffela) ogłosił swe doświadczenia z tym środkiem (Aerztliche Zentral-Zeitung, 9. lutego, 1907) w dłuższej pracy, opartej na obfitym materyale. W leczeniu histeryi odgrywa oprócz działania psychicznego, kąpieli, miesienia, elektroterapii, gimnastyki leczniczej i unormowania całego trybu życia także ważną rolę używanie leków celem usunięcia dolegliwości podmiotowych. Środki takie są nader liczne. Od bardzo dawna uważamy korzeń kozłka (waleryany) za środek przeciw histeryi, lecz systematycznemu jego stosowaniu staje na przeszkodzie przykry zapach, zły smak i łatwość rozkładania się. Chemii nowoczesnej udało się wyosobnić istoty działające; uzyskano olejek eteryczny, stanowiący mieszaninę valerenu i valerolu. »Calmyren« ma skład następujący:

Extr. valerian. Chinin. ferrocitric. Camphor. pulv.	aa 5,0	Pepsini germ. 10,0 Extr. condurango 5,0.

W doświadczeniach na zwierzętach stwierdzono obniżenie odruchów, dlatego poleca się calmyren przeciw drgawkom. Chinina wywiera wpływ korzystny na układ nerwowy i narząd krążenia, zaś chinin. ferrocitr. działa przeciw niedokrwistości. Kamfora pobudza ośrodki oddychania i naczyniowe, tętno się podnosi, oddech staje się głębszy. Pepsyna działa znakomicie przy niedostatecznej czynności gruczołów żołądkowych. Condurango wreszcie jest znanym środkiem, pobudzającym apetyt. W myśl tych własności stosuje się calmyren jako środek przeciw drgawkom, uspokajający i skrzepiający, jakoteż pobudzający trawienie; jest on wskazany w przypadkach **histeryi, neurastenii, nerwic urazowych, nerwic serca** (Schlesinger), **migreny, niestrawności nerwowej, dusznicy nerwowej i zaburzeń nerwowych wogóle** (Wertheim). Szkodliwych i przykrych objawów ubocznych calmyren nie sprawia, smak ma niczły. Z szeregu przytoczonych przez autora spostrzeżeń wynika, że calmyren działa dobrze, a szybko we wszystkich odpowiednio dobranych przypadkach. Dotychczasowe doświadczenie autora obejmuje około 120 przypadków, na podstawie których poleca on ten środek jak najgoręcej. *Aa.*